



## **PARASTA PALVELUA**

Vanhusten kotihoidon yhtenäinen palvelumalli Kysteri-liikelaitoksen toiminta-alueelle

Opinnäytetyö

Maija-Leena Huuskonen  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen  
Maaliskuu 2010

# SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

Koulutusohjelma: Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä(t)

Maija-Leena Huuskonen

Työn nimi

Parasta Palvelua, Vanhusten kotihoidon yhtenäinen palvelumalli Kysteri -liikelaitoksen toiminta-alueelle

Työn laji

Päiväys

Sivumäärä

Opinnäytetyö

15.3.2010

97/41

Työn ohjaaja(t)

Marja Äijö

Tiivistelmä:

Tässä opinnäytetyössä kehittämisen kohteena olivat vanhusten kotihoidon palvelut. Tavoitteena oli muodostaa Kysteri- liikelaitoksen alueen kuntiin yhtenäiset palvelujen piiriin pääsemisen kriteerit sekä yhtenäiset palvelusisällöt ja asiakaslaskutusperusteet. Samalla tarkoituksena oli parantaa palveluiden tehokkuuden ja kustannusten vertailukelpoisuutta. Kehittämistyötä ohjaaviksi lähtökohdiksi muodostuivat palvelujen asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden yhdenvertaisuus.

Kehittämistyö toteutettiin siten, että ensin tehtiin kirjallisuuskatsaus, jossa perehdyttiin uusimpiin valtakunnallisiin kehittämislinjauksiin ja aihetta käsittelevään kirjallisuuteen. Toisessa vaiheessa kotihoidon nykytilaa kartoitettiin kunnista pyydettyjen asiakirjojen ja täydentävän haastattelun avulla.

Kolmannessa vaiheessa valtakunnallisten kehittämislinjausten ja kotihoidon nykytilan vertailun perusteella muodostettiin kotihoidon alueelle uudet toimintamalliehdotukset. Kotihoidon palvelujen nykytilanteen perusteella uuden toimintamallin keskeisimmiksi kehitettäviksi alueiksi kohosivat kehittämistehtäviksi nostetut osa-alueet: yhtenäisten asiakaslähtöisten palvelusisältöjen muodostaminen, yhtenäisten kriteereiden ja arviointimenetelmien muodostaminen palveluiden piiriin pääsemiselle, yhtenäisten asiakaslaskutusperusteiden muodostaminen ja yhtenäisten vastuualueiden ja palvelukokonaisuuksien muodostaminen

Keskeisenä kehittämistyön tuloksena ovat Exell- taulukot, jotka ovat tarkoitetut työkaluiksi kuntien väliseen yhteistyöhön palvelujen ja palvelujärjestelmän yhtenäistämiseksi. Kehittämistyön tuloksena ovat myös yhtenäistetty vanhusten toimintakyvyn arviointimenetelmä, yhtenäistetyt asiakaslaskutusperusteet ja toimintamalliehdotus palvelujen sisällöistä sekä ehdotus vastuualueiden yhtenäistämisestä.

Palvelujen kustannusten ja tehokkuuden vertaileminen jäävät jatkotutkimusten aiheiksi, koska palvelujen vertailtavuus muodostuu vasta yhtenäisen palvelumallin käyttöönoton myötä.

Avainsanat

Kotihoito, asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus

<b>SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES</b> <b>Health Professions, Kuopio</b> Degree Programme: Master's Degree Programme in social-and health care development and management		
Author(s) <b>Maija-Leena Huuskonen</b>		
Title of study <b>The best service. Unified approach to home care Kysteri-area municipalities.</b>		
Type of project	Date	Pages
Thesis	15.3.2010	97/41
Supervisor(s) of study <b>Marja Äijö</b>		
Abstract <p>This thesis was developed for elderly home care services. The aim was to form a Kysteri-area municipalities, the business's services under a uniform and consistent criteria for access to the contents of the service and customer billing criteria. At the same time was intended to improve service efficiency and cost comparability. Alive characterized by the development consisted of customer service and customer orientation equality.</p> <p>The development work carried out so that the first was a literature review, which was devoted to the latest national development policy and title on the literature. In the second phase of the current state of home care identified the municipalities and the additional documents requested through the survey. The third stage of national development policies and the current state of care at home was constructed on the basis of a comparison of home care within the new approach to the proposals.</p> <p>Home care services in the present context, a new approach to develop through the core areas for increased development tasks in the drawn areas: uniform content to a customer-oriented service, based on uniform criteria and evaluation methods for access to a service single customer billing and the uniform criteria for the formation of the responsibilities of the service and the formation of complexes.</p> <p>A key development is the result of Exel spreadsheets, which are the tool for inter-municipal cooperation in service and the service of uniformity. Development are also the result of the capacity of the elderly's integrated assessment methods, standardized criteria for customer billing and content services approach to the proposal and the proposal for the unification of responsibility.</p> <p>Services, costs and efficiency comparisons are topics for further research, because services comparable service consists of a single model for the introduction of time.</p>		
Keywords Home care, customer oriented approach, equality		

## SISÄLLYS

LIITTEET.....	5
1 JOHDANTO.....	6
2 YHTENÄISEN KOTIHOITOMALLIN TEOREETTINEN PERUSTA .....	8
2.1 Kansainvälisiä ja kansallisia näkökulmia kotihoidosta .....	8
2.2 Palvelujärjestelmän kehittämiseen vaikuttavia lähtökohtia.....	10
2.3 Kotihoitokäsitteen määrittelyä.....	12
2.4 Kotihoitopalvelujen sisältö ja järjestäminen.....	14
2.4.1 Palvelutarpeen arviointi .....	16
2.4.2 Asumispalvelut.....	17
2.4.3 Omaishoidontuki .....	19
2.4.4 Kotihoidon asiakaslaskutus.....	19
2.4.5 Palveluseteli .....	21
2.5 Kotihoidon asiakaslähtöisyys .....	22
2.6 Kotihoidon asiakkaiden yhdenvertaisuus .....	24
2.7 Kotihoidon vaikuttavuus, kattavuus tuottavuus ja tuloksellisuus.....	25
2.7.1 Vaikuttavuus .....	26
2.7.2 Kattavuus .....	27
2.7.3 Tuloksellisuus .....	29
2.7.4 Tuottavuus.....	30
2.8 Kotihoidon ehkäisevät työmuodot.....	30
2.8.1. Ehkäisevät kotikäynnit; Suomalaisia ja ulkomaisia näkökulmia.....	31
2.8.2 Palveluohjaus .....	34
3 KOTIHOIDON NYKYISET TOIMINTAMALLIT.....	38
3.1 Kotihoito palvelurakennemuutoksessa .....	38
3.2 Kotihoidon palvelujen toteuttaminen .....	40
3.2.1 Säännöllinen kotihoito ja asumispalvelut .....	42
3.2.2. Palvelujen sisältö ja palvelun piiriin tuleminen .....	47
3.2.3 Tukipalvelut ja omaishoidontuki .....	49
3.2.4 Asiakasmaksujen määrittely ja palvelujen tilastointi.....	52
3.3 Yhteenveto palvelujen nykytilasta.....	54
4 YHTENÄISEN KOTIHOITOMALLIN KEHITTÄMINEN.....	56
4.1 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet.....	56
4.2 Kehittämistyössä käytetyt menetelmät ja työvaiheet.....	57
5 YHTENÄINEN KOTIHOITOMALLI .....	61
5.1 Käytettävät käsitteet .....	61
5.2 Palvelutarpeen arviointi ja kotihoidon piiriin tuleminen.....	63

5.2.1 Toimintakyvyn arviointimenetelmä ja kriteerit palvelun piiriin pääsemiselle ..	64
5.2.2 Kriteerit .....	64
5.3 Palvelujen järjestäminen.....	65
5.4 Palvelujen sisältö .....	66
5.5 Palvelurakenteet ja vastualueet.....	73
5.6 Asiakasmaksujen määräytyminen .....	74
5.7 Palvelujen vaikuttavuus, kattavuus ja tuloksellisuus.....	75
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	77
6.1 Asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden yhdenvertaisuus uudessa palvelumallissa .....	77
6.2 Vaikuttavuuden, kattavuuden, tuottavuuden ja tuloksellisuuden toteutuminen .....	80
6.3 Pohdintaa ehkäisevien työmuotojen ja vastualueiden kehittämisestä .....	82
6.4 Eettiset näkökohdat.....	83
6.5 Kehittämistyön luotettavuus .....	84
6.6 Yhtenäisen sisältömallin siirrettävyys .....	85
6.7 Kehittämisprosessin ja oman oppimisen arviointia .....	86
LÄHTEET:.....	88
LIITTEET	
Liite 1 Palvelunpiiriin tuleminen.....	98
Liite 2 Vanhuksen psykososiaalisen toimintakyvyn arviointilomake.....	101
Liite 3 Vanhusten psykososiaalisen toimintakyvyn arviointi, koontilomake.....	117
Liite 4 Hoitoaika ja toimintakykyindeksi lomake.....	118
Liite 5 RAVA-indeksilomake.....	119
Liite 6 Hoitoisuuslomake.....	120
Liite 7 Vanhustenhuollon palvelujen mitoitus.....	121
Liite 8 Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	125
Liite 9 Asumispalvelun sisältö.....	130
Liite10 Vanhustenhuollon vastualueet.....	133
Liite 11 Avohoidon palvelut.....	135

## 1 JOHDANTO

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812) velvoittaa huomiomaan asiakkaan yksilöllisyyden ja ottamaan hänen mielipiteensä huomioon palveluja järjestettäessä. Yhdenvertaisuuslaissa (20.1.2004/219) säädetään, että kansalaisten tulee olla palvelujen saamisen suhteen yhdenvertaisessa asemassa. Lisäksi laki edellyttää, että viranomaisten tulee toiminnallaan ja päätöksenteollaan muuttaa niitä olosuhteita, jotka estävät yhdenvertaisuuden toteutumista. Palvelujen kohdentaminen ja niiden oikeudenmukaisuus ovat olleetkin pitkäjänteisen kehittämisen kohteena Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevilla poliittisilla linjauksilla. (Teperi 2006).

Sekä aihetta käsittelevä kirjallisuus, että kokemus kotihoidon kentällä työskentelystä ovat tuoneet esille, että kuntien tuottamien ja järjestämien vanhusten kotihoidon palvelujen sisältö ja toteuttamistavat poikkeavat toisistaan niin paljon, että mainittu yhdenvertaisuuden periaate ei toteudu. Palvelujen piiriin pääseminen, palvelujen sisältö ja asiakasmaksujen suuruus ovat riippuvaisia siitä, missä kunnassa asiakas asuu. Palvelut eivät ole myöskään kustannuksiltaan kuntien välisessä tarkastelussa vertailukelpoisia. Samansisältöisten palvelujen kustannusten ja tehokkuuden vertailumahdollisuuden puuttuminen vaikeuttaa palvelujen ja palvelujärjestelmän kehittämistä. (Eronen, Londén, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä (2006, 12–13.)

Nämä lähtökohdat johtivat siihen, että valitsin opinnäytetyössäni kehittämisen kohteeksi vanhusten kotihoidon palvelut. Kehittämistyön tarkoituksena oli yhtenäistää Kysteri- liikelaitoksen alueen kuntien kotihoidon palvelujen sisältöjä ja palvelujen toteuttamistapoja. Kehittämistyössä oli kaksi erisuuntaista perusajatusta. Halusin saada palvelut asiakaslähteiksi ja asiakkaat yhdenvertaiseen asemaan palvelujen saamisen ja niiden sisältöjen suhteen. Toisena kehittämisen lähtökohtana oli ajatus siitä, että samansisältöisiä, yhtenäisillä laskutusperusteilla tuotettuja palveluja voidaan haluttaessa tuottaa ja toteuttaa yli kuntarajojen. Palvelujen yhtenäistä toteuttamistapaa käyttäen syntyy myös mahdollisuus kustannusten ja tehokkuuden vertailuun, mikä osaltaan parantaa koko palvelujärjestelmän kehittämisedellytyksiä kustannustehokkaammaksi.

Kehittämistehtävässä kotihoito käsittää kaikki kuntien järjestettäväksi jäävät vanhusten palvelut mukaan lukien vanhusten ympärivuorokautinen asumispalvelu, joka on lakien ja asetusten mukaan avohoitoa. (Asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista

28.12.2007/1507). Tällöin myös asiakkaalle annettavat palvelut ovat kotiin annettavia palveluja. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen avulla asiakkaiden yhdenvertaisuuden toteutumista pyritään parantamaan tiivistämällä kuntien välistä yhteistyötä, jolloin rahoituspohja vahvistuu ja mahdollisuudet tasavertaisten palvelujen toteuttamiseen paranevat kaikkialla Suomessa. (Hyvinvointi 2015-ohjelma 2007, 25–26).

Tärkeänä lähtökohtana valtakunnallisissa poliittisissa linjauksissa on painottaminen ehkäisevän tai varhaisen toiminnan muotoihin. Tästä johtuen painotan sekä teoreettisessa viitekehyksessä että yhtenäisen toimintamallin kehittämisessä erityisesti näiden kotihoidon osalueiden käsittelyä ja luon samalla katsausta näiden toimintamuotojen kansallisiin ja kansainvälisiin näkökulmiin.

## 2 YHTENÄISEN KOTIHOITOMALLIN TEOREETTINEN PERUSTA

Tässä luvussa tarkastellaan kirjallisuuden pohjalta vanhusten kotihoidon kehittämiseen ja nykykäytänteisiin vaikuttavia poliittisia linjauksia ja kansallisia kehittämisen suuntauksia koko kotihoidon osa-alueelta. Koska vanhusten kotihoito on laaja kokonaisuus ja kattaa kaikki vanhusten kotiin annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut myös kirjallisuuskatsaus käsittää kaikki nämä osa-alueet. Aluksi luodaan katsaus kotihoidon kansallisiin ja kansainvälisiin näkökulmiin, palvelujen järjestämiselle asetettuihin tavoitteisiin sekä palvelujen rahoituskäytänteisiin. Luvussa luodaan katsaus kotihoito-käsitteeseen, palvelujen eri osa-alueisiin, -asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaiden yhdenvertaisuuteen. Koska palvelujen ja palvelujärjestelmän kehittämisessä keskeisiä tekijöitä ovat palvelujen vaikuttavuus, kattavuus, tuloksellisuus ja tuottavuus, nämä aihealueet on otettu myös kirjallisuuskatsauksessa tarkastelun kohteeksi. Uusissa kehittämislinjauksissa ohjataan ehkäisevien toimintamuotojen suunnitelmalliseen kehittämiseen ja palvelujen käyttöönottamiseen, joten tässä luvussa luodaan katsaus myös näiden toimintamuotojen suomalaisiin ja ulkomai-  
siin näkökulmiin.

### 2.1 Kansainvälisiä ja kansallisia näkökulmia kotihoidosta

Kansainvälisesti tarkasteltuna vanhusten palveluilla on hyvin yhtenäiset tavoitteet. Palvelujen avulla pyritään vahvistamaan vanhusten omatoimista suoriutumista, tukemaan toimintakyvyn säilyttämistä ja itsenäistä elämää niin, että he voisivat elää omassa kodissaan ja tutussa ympäristössään mahdollisimman pitkään. Kun kotona suoriutuminen käy mahdottomaksi tai ei ole muutoin enää tarkoituksenmukaista, tarjotaan asumispalvelua. Laitoshoidon siirtyminen on tarkoituksenmukaista vasta sitten, kun ikääntynyt ei selviydy kotonaan eikä ole osoittanut hänen hoidontarpeensa kannalta sopivaa asumispalvelua. (Sosiaalihuolto Suomessa 2006, 17–18.)

Verrattaessa Euroopan maiden väestön ikääntymistä toisiinsa Suomessa ikärakenne muuttuu nopeasti. Väestöennusteen mukaan vuonna 2020 joka viides suomalainen on täyttänyt 65 vuotta. Samassa ajassa 80-vuotiaiden määrän ennustetaan kasvavan vuosikymmenessä noin 50 prosentilla. (Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille 2004.) Kansallisesta näkökulmasta tarkasteltuna väestön ikääntyminen asettaa suuria haasteita palvelujärjestelmän kehittämiselle. Kansainvälisesti tarkasteltuna palvelujen kehittämiseen vaikuttaviksi tekijöiksi nousevat myös eroavaisuudet rahoituskäytännöissä, joten teen lyhyen katsauksen niitä koskeviin erilaisiin käytäntöihin.



Ruotsissa on laadittu kansallinen tavoiteohjelma, jonka avulla pyritään ohjaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää siten, että ikääntyvät voisivat elää aktiivisina yhteiskunnan jäseninä omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään. Ohjelmassa kiinnitetään huomiota myös siihen, että ikäihmiset voisivat viettää turvallista elämää ja säilyttää itsenäisen päätäntävällän sekä saada hyvät ja riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on hyvin samankaltainen kuin Suomessa. Ruotsin julkishallinnon mallissa on kaksi kuntatasoa, peruskunnat ja maakäräjät. Maakäräjät vastaavat perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta ja kunnat peruspalveluista, kuten sosiaalipalveluista, päivähoidosta palo- ja pelastustoimesta jne. Joitakin perusterveydenhuollon palveluita on siirretty kuntien vastuulle (mm. vanhusten ja vammaisten pitkäaikaishoito). Palvelut rahoitetaan verovaroin ja asiakkaalla on valinnan vapaus ottaa palvelunsa, mistä hän itse haluaa. (Asikainen, Järvenpää & Enlund 2005, 10–11; Elderly care in Sweden 2009.)

Myös Tanskassa sosiaali- ja terveyspalvelut rahoitetaan pääosin verovaroin ja maata pidetään julkisten palvelujen hyvinvointivaltiona. Avopalvelut perustuvat kokonaisvaltaiseen palvelujen tarpeen arviointiin. Kunnanvaltuustot laativat vanhustenhuollon laatustandardit, joita julkisten ja yksityisten palvelutuottajien tulee noudattaa. Asiakkaalla on oikeus valita, miltä palveluiden tuottajalta haluamansa palvelut hankkii. Ehkäisevien palveluiden suuri merkitys on huomattu niin vanhusten kuin talouden kannalta. Kotikäynneissä yhteyttä ottaa kunta eikä vanhus itse. Kuntoutus on nostettu merkittävälle paikalle ja siihen käytetään paljon varoja. Tavoitteena on vanhuksen yhtenäinen hoitoketju, jossa maakunnan ja kunnan yhteistyö on saumatonta. Tanskalainen sosiaali- ja terveystalitiikka korostaa asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja pitää tärkeänä asiakkaiden voimavarojen ylläpitämistä ja yhdessä tekemistä. (Asikainen, Järvenpää & Enlund 2005, 10–11.)

Vahasalo (2006 ja 2007) nostaa näkyville kahteen eri otteeseen Tanskan vanhustenhoitojärjestelmästä erityisesti asiakaslähtöisyyden, jonka mukaan vanhuus ei ole sairaus, eikä kenenkään ei pidä joutua sairaalahoitoon vain siitä syystä, että on vanha. Tanskan vanhus-työtä on kehitetty tämän periaatteen mukaisesti jo 1980-luvun lopusta alkaen. Kehittämistyö Tanskassa pohjautuu ikäihmisten kunnioittamiseen, itsemääräämisoikeuden säilyttämiseen sekä kuntouttavaan ja aktivoivaan työotteeseen.

Isossa-Britanniassa valtio, kunta ja asiakkaat rahoittavat vanhustenhuollon palvelut. Paikallisviranomaiset saavat erityistä valtionosuutta, joilla kustantavat pienituloisten hoitokotikustannukset. Muut hoitokodeissa asuvat kustantavat hoitonsa tulojensa perusteella. Siirtyessään vanhainkotiin asiakas todennäköisesti joutuu hoitonsa kustantamiseksi myymään asuntonsa. Jos myytävää omaisuutta ei ole, yhteiskunta huolehtii maksuista. Osittain tästä syystä osa brittiläisistä kuuluu yksityisen vakuutuksen piiriin. (Asikainen, Järvenpää & Enlund 2005, 10–11.)

Myös Saksassa vanhustenhuollon palveluiden rahoittajina ovat asiakkaat, kunnat, piirikunnat, osavaltiot, vakuutusyhtiöt ja valtio. Hoitovakuutus antaa turvaa pitkäaikaisessa laitoshoidossa, mutta korvauksen saaminen edellyttää tiettyyn hoitoisuusluokkaan kuulumista. Asiakkaan omaisuus käytetään hoidon rahoitukseen ja kunta vastaa rahoituksesta vasta viimesijaisesti. Saksassa puolisoilla ja lapsilla on elatusvelvollisuus ja perheen varallisuus huomioidaan hoidon rahoituksessa. (Häkkinen 2000, 20.)

Yhdysvalloissa vakuutusyhtiöt, asiakkaat, liittovaltio ja osavaltiot rahoittavat vanhustenhuollon palvelut. Suomessa toimivan kaltaista, julkista sairausvakuutusmallia ei ole. Vähävaraisille ja pienituloisille tarjottu vakuutus on medicaid. Yli 65-vuotiaille on tarkoitettu valtion vakuutus Medicare, jonka rahoituksesta vain pieni osa suuntautuu avohoitoon ja hoitokoteihin. Pääosalla rahoitetaan akuuttia sairaalahoitoa ja lääkärin antamaa hoitoa. Joutuessaan hoitokotihoitoon monien vanhusten on käytettävä säästönsä hoitomaksuihin. (Parrot, Reynolds & Bengtson. 1997.) Edellä esitetyistä rahoitusta koskevista kuvauksista voidaan päätellä, että Isossa-Britanniassa, Saksassa ja Yhdysvalloissa asiakkaat eivät ole palvelujen saamisen suhteen yhdenvertaisessa asemassa, vaan varallisuus ja varakkaat omaiset luovat paremmat puitteet hankkia asiakaslähtöisiä palveluja asiakkaan haluamalta taholta.

## 2.2 Palvelujärjestelmän kehittämiseen vaikuttavia lähtökohtia

Vanhustenhoidon perustavoitteiksi on asetettu ikääntyneen toimintakyvyn parantaminen ja itsenäisen selviytymisen vahvistaminen, aktiivinen osallistuminen, esteetön elinympäristö ja yhdenvertainen oikeus palveluihin (Tie hyvään vanhuuteen 2007: 8, 13). Entistä vahvemmin linjataan palvelujärjestelmän systemaattista laajentamista hyvinvointia ja terveyttä edistävien sekä toimintakyvyn laskua ehkäisevien palvelujen suuntaan. (Muurinen, Finne-Soveri, Sinervo, Noro, Andersson, Heinola ja Vilkkö 2009, 25). Palveluiden järjestämis-

vastuu on kunnilla, mutta viimekädessä valtio vastaa yhdenvertaisuuden toteuttamisesta. Tavoite pyritään saavuttamaan kuntarakennetta ja rahoituspohjaa vahvistamalla siten, että yhteistyötä kuntien sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä tiivistetään. Tavoitteen saavuttamiseksi on määritelty, että kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. (L kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007/169, 2 luku, 5 §; Peruspalvelujen toimivuus on hyvinvointiyhteiskunnan mitta 2008.) Asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi säädettiin vuonna 2005 Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta. Palvelurakenneuudistuksen avulla pyritään parantamaan palveluiden vaikuttavuutta, kattavuutta ja tuottavuutta, hillitsemään kuntien menojen kasvua sekä kehittämään palvelujen tuotantotapoja ja organisoin sekä on edistää palvelujen saatavuutta ja asiakkaiden yhdenvertaisuutta palvelujen saamisessa. (L kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta, 1 luku; Hyvinvointi 2015- ohjelma 2007:3, 25–26.)

Palvelurakenneuudistukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa näyttää olevan ongelmia. Vuonna 2008 julkaistu arviointitutkimus osoitti, että asetettuja tavoitteita ei kaikilta osin olla saavuttamassa. Tutkimustulokset nostivat näkyville, että palvelurakenteista muodostuu osin kuntalaisille hankalasti hahmottuva kokonaisuus. Palveluita järjestetään ja yhdistetään hyvin erilaisin tavoin, mistä aiheutuu monien entisten hyvin toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyökuvioiden rikkoutumista ja kokonaisuuksien hajoamista. Toistaiseksi Paras-hankkeessa ei ole juurikaan edetty palvelurakenteiden kehittämisestä yhtenä tavoitteena olevaan palveluiden kehittämiseen. (Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakenne uudistuksesta 2009.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämiseksi valtiolla on Kansallinen kehittämisohjelma (Kaste), joka on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen, strateginen ohjausväline. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain (733/1992) mukaan valtioneuvosto vahvistaa kehittämisohjelman joka neljäs vuosi. Ohjelmassa määritellään lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet, joiden avulla tavoitteet voidaan saavuttaa. Kansallisen kehittämisohjelman avulla kiinnitetään huomio sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kattavaan ja tasapuoliseen toteuttamiseen (Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma 2009:9, 11–12.)

Kansallisessa kehittämisohjelmassa tuodaan esille konkreettisia osatavoitteita siten, että kuntien on mahdollista suunnata kehittämistoimintaansa niiden suuntaisesti. Kaste-

ohjelman kautta rahoitetaan erilaisia sosiaali- ja terveysalan alueellisia kehittämishankkeita, joiden tavoitteena on muodostaa alueellisesti yhtenäisiä, kustannuksiltaan vertailukelpoisia ja vaikuttavia toimintatapoja. Pidemmän aikavälin tavoitteena on luoda pohjaa sosiaali- ja terveysalan palveluiden laajempipohjaiselle yhtenäistymiselle. (Kasteohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma 2009, 12; Reina, 2009.)

### 2.3 Kotihoitokäsitteen määrittelyä

Vanhustenhoitoa käsittelevässä kirjallisuudessa Kotihoidolla tarkoitetaan Kotisairaanhoidon (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66), kotipalvelun (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710), kotipalvelun tukipalveluiden (sosiaalihuoltoasetus 29.6.1987/607) ja omaishoidontuen (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710 ja Laki omaishoidontuesta 2.12.2005/937) yhdistettyä palvelua. Kotihoito perustuu Suomen vanhuspolitiikan mukaisiin perusarvoihin. Perusarvojen mukaista on huolehtia vanhusten hyvinvoinnista järjestämällä hyvää hoitoa, joka edistää mahdollisimman itsenäistä selviytymistä. Päämääränä ovat tasa-arvo, itsemääräämisoikeus, sosiaalinen integraatio, taloudellinen itsenäisyys ja turvallisuus sekä oikeudenmukaisuus. Valtakunnallinen vanhuspolitiikka antaa puitteet, joiden perusteella kuntien tehtävänä on huolehtia siitä, että paikallisiin palvelutarpeisiin vastataan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. (Ikonen & Julkunen 2007, 44; Tepponen 2009, 89; Vaarama, Hakkarainen, Voutilainen & Päivärinta 2000, 75.)

Kotihoitokäsitettä kuvattaessa joudutaan huomioimaan viimeisten vuosien aikana meneillään ollut palvelurakenteen muutos. Yleisesti käytettäviä käsitteitä ovat olleet kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Kotihoidon osa-alueella käsitteiden käyttämisessä on ollut epämääräisyyttä eikä kotihoitoa ole vielä kukaan määritelly virallisissa asiakirjoissa. Sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain väliaikaiset, vuoden 2005 alusta voimaan tulleet ja vuoden 2008 loppuun kokeilussa olleet muutokset toivat kunnille mahdollisuuden organisoida kokeiluluonteisesti joitakin sosiaalihuollon ja kansanterveystyön tehtäviä pysyvästä lainsäädännöstä poiketen. Kokeilun taustalla oli tavoite yhdistää sosiaalihuoltolain mukainen kotipalvelu ja kansanterveyslain mukaan järjestetty kotisairaanhoido uudeksi tehtäväalueeksi, kotihoidoksi. Sosiaalihuolto- ja kansanterveyslakiin lisättiin väliaikaisesti uusi luku, joka on kummasakin laissa 2 a luku, Eräiden tehtävien järjestämistä koskeva kokeilu. (Heinola, 2007, 12; Tepponen 2009, 17–18.)

Kokeilun myötä kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta puhuttaessa on yleistynyt hoito- ja hoivapalvelu-käsitteiden yhdessä käyttäminen. Ensisijaisesti oppikirjaksi tarkoitettussa vanhustenhoito-kirjassa (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 46.) kotihoito todetaan avohoidon tärkeimmäksi palvelumuodoksi. Kirjassa määrittely lähtee asetelmasta, jossa kotipalvelu on keskittynyt kodinhoitoon ja kotisairaanhoidon ihmisen hoitoon, jotka nykyisellään on yhdistetty kotihoidoksi. Kotihoito käsitteenä tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta, jossa erilaisten hoito- ja huolenpitehtävien avulla tuetaan eri-ikäisiä asiakkaita, joilla toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi alentunut. Pyrkimyksenä on parantaa asiakkaan mahdollisuutta elää turvallista ja hyvää elämää omassa kodissaan.

Koska kunnilla ei ole velvollisuutta tuottaa kotihoidon palveluja itse, palvelujärjestelmä on hyvin monitahoinen, usein jopa pirstaleinen. Tepponen (2009, 190, 191) tuo esille, että hajanaisuutta pyrittiin välttämään jo 1930-luvulla sosiaali- ja terveystoimelle kirjatulla yhteistyövelvoitteella. Käytännössä yhteistyö yleistyi vasta 1980–1990 lukujen vaihteessa osana laajempaa sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisaaltoa. Nykykäytännössä yhteistyötä tehdään, mutta hajanaisuutta esiintyy edelleen. Yleisimmin päivittäinen hoiva kotihoidossa toteutetaan kunnallisena palveluna, kotisairaanhoidon järjestää terveystoimi (kuntayhtymät ym.), kodinhoitoon liittyviä tehtäviä (siivous) ostetaan yksityisiltä palvelun tuottajilta ja järjestöiltä. Tukipalveluja on yleisesti ulkoistettu ja niitä hankitaan yksityisiltä palvelujen tuottajilta tai kolmannen sektorin toimijoilta (mm. turvapuhelinpalvelu, ateriapalvelu, vaahtehuolto ja yöaikainen hoiva). Tepponen (2007, 63) on aikaisemmin kiinnittänyt huomiota myös siihen, että vähän apua tarvitsevat asiakkaat joutuvat hankkimaan avun yksityiseltä sektorilta tai kolmannen sektorin toimijoilta. Hän edelleen toteaa, että tämä muodostuu ongelmalliseksi siksi, että kaikilla ikääntyneillä tulot eivät riitä markkinahintaisten palvelujen hankintaan.

Kotihoitopalvelusta käytettäviä käsitteitä voidaan tarkastella myös hoito- ja hoivatyön sisältöjen kautta. Hoitotyön taustalla nähdään vahva ammatillinen perusta, kun taas hoivatyö pohjautuu perheen sisällä tehtävään ja naisten tekemään palkattomaan työhön, jossa on mukana vahva tunneperäisyys. Hoito-käsitteellä on sairaanhoidollisiin lähtökohtiin perustuvat juuret, kun taas hoiva kuvaa sanana huolehtimista, auttamista ja huolenpitoa. Käsiteparilla hoiva- ja hoitotyö voidaan ilmaista laaja-alaisesti kotihoidon hoito- ja hoivatyön palvelukokonaisuutta. (Aarva 2008, 27–45.) Käsitepari ilmentää kuitenkin hoitopainotteis-

ta työtä, vaikka siinä on huolehtimisen ja huolenpidon ulottuvuudet, jää kodinhoitaminen ja muu asumisesta ja arkielämästä huolehtiminen käsitteessä näkymättömiin.

Kotihoitokäsitteen perustana on ajatus siitä, että ihminen asuu ja elää joko kotonaan tai laitoksessa. Kotona asumisen määrittely on viimeisten vuosikymmenten aikana muuttanut muotoaan. Mäkinen (1998, 22–23) määrittelee, että asuminen voi vaihdella kodin ja laitoksen välillä, jolloin kotihoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa asiakas on erilaisten palvelujen turvin suurimman osan vuorokaudesta omassa kodissaan. Vallejo Medina ym.(2006, 46) määrittelevät kodiksi omistus- tai vuokra-asunnon. Heidän mielestään kotona asumisen ja laitoshoidon välimaastoon sijoittuvaa asumista on hoivakodissa tai palvelutalossa asuminen, jolloin yleensä tarvitaan ympärivuorokautista hoitoa. Käyttöön onkin muotoutunut termi välimuotoiset asumisratkaisut, jolla kuvataan sosiaalihuoltolain (17.9.1982/710) 17§:n, 22§:n ja 23§:n mukaisia sosiaalipalveluja, jotka ovat kehittyneet ikääntyneen omassa kodissa asumisen ja laitoshoidon välimaastoon. (Välikangas 2009, 20.)

## 2.4 Kotihoitopalvelujen sisältö ja järjestäminen

Kotihoito muodostuu kotiin annettavista palveluista, joista keskeisimpiä ovat kotisairaanhoido, kotipalvelu sekä omaishoidontuki. (Ikonen & Julkunen 2007, 14–15.) Sosiaalihuoltolain 710/82, 20 ja 21 §:t määrittelevät, että ”*Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lastenhoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluja annetaan alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, raskuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen SHL:n 20 §:ssä tarkoitetuista tehtävistä ja toiminnoista.*” (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982, 20, 21 §.)

Vaikka kotihoito on tarkoitettu tukemaan laaja-alaisesti alentuneesta toimintakyvystä johtuvaa toiminnan vajetta, käytännössä toiminta painottuu asiakkaan henkilökohtaisesta hoi- vasta ja hyvinvoinnista huolehtimiseen. Tähän kiinnittävät huomiota Ikonen & Julkunen (2007, 44–45) todeten, että kotihoito on 1990-luvulta lähtien kehittynyt yhä enemmän hoi- totyön suuntaan ja kohdentuu näin ollen paljon hoitoa tarvitseville asiakkaille.

Kotihoidon sisältöä kehitetään ja pyritään yhtenäistämään erilaisten hankkeiden ja kansal- listen kehittämisohjelmien avulla. Tutkimustulokset (Tepponen 2009, 166–191) osoittavat

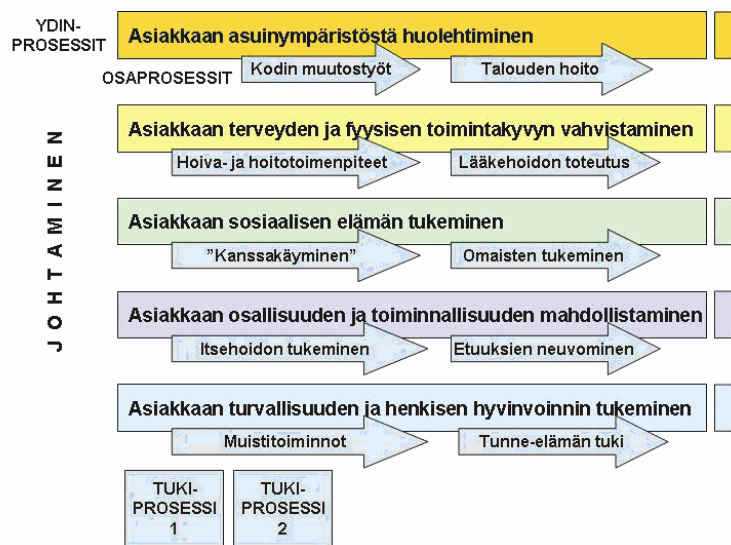
kotihoidon sisältöjen ja kotihoidon piiriin pääsemisen vaihtelevan kunnittain. Vähimmillään tarjotaan vain hoivaa ja hoitoa virka-aikana, laajimmillaan panostetaan ennakoiwaan ja sairauksia ehkäisevään toimintaan. Parhaimmillaan palvelu sisältää kodinhoitoavun järjestämistä, kuntoutusta ja päivätoimintaa, saattohoitoa ja tehostettua kotihoitoa sekä vanhus-ten sosiaalisten suhteiden ja verkostojen tukemista omaisten ja alueen muiden toimijoiden yhteistyönä. Palvelujen asiakaskohtaista sisältöä suunniteltaessa lähtökohdaksi tulisikin asettaa asiakkaan tarpeet, jolloin voitaisiin lähteä liikkeelle Tepposen erittelemästä hyvän kotihoidon mallista.

Mallissa ennakoiwa ja ehkäisevä kotihoito on tarkoitettu omatoimisille, kertaluontoista apua tarvitseville asiakkaille. Varhaisen vaiheen palvelumuodot sisältävät neuvontaa, ohjausta, ehkäiseviä kotikäyntejä, vastaanottotoimintaa, asuntoon kohdistuvia muutostöitä, liikunnasta huolehtimista jne. Vähän apua tarvitsevia tuetaan yksittäisillä palveluilla ja tukipalveluilla, yksilökohtaisella palveluohjauksella ja tilapäisen kotihoidon avulla. Jatkuva kotihoito, joka sisältää hoivan, kodinhoitoavun, päivittäisessä elämässä auttamisen ja tarvittavat tukipalvelut, on tarkoitettu paljon apua tarvitseville asiakkaille. Tehostettu kotihoito (jatkuva hoito, kotisairaalahoido tai tehostettu kotisairaanhoido, tehostettu kuntoutus, saattohoito, psykososiaalinen tuki) on tarkoitettu jatkuvasti erittäin paljon apua tarvitseville asiakkaille. Kaikkiin tehtäväalueisiin sisältyvät asiakkaan osallisuuden tukeminen, liikunnasta huolehtiminen, asuinympäristöstä huolehtiminen ja harrastustoiminnoissa tukeminen. (Tepponen 2009, 166–191.)

Kotihoidon kokonaisuudesta puhuttaessa on hyvä kiinnittää huomiota myös tukipalveluihin, jotka ovat kotipalvelun ja kotihoidon asiakkaille tarkoitettuja, asiakkaan itsenäistä asumista tukevia palveluja, ja tarkoitettut täydentämään kotipalvelutyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmän mukaan tukipalveluita ovat ateria-, siivous-, vaatehuolto-, turva-, kuljetus- saattaja-, kylvytys- ja saunotuspalvelut. Näiden lisäksi on merkille pantavaa, että tukipalveluihin kuuluvat myös sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tukipalveluita voivat saada myös asiakkaat, jotka eivät tarvitse muuta kotihoidon palvelua. (Ikonen & Julkunen, 2007, 44–45; Tukipalvelut kotipalvelulle 2009.)

Kotihoidon sisällön muotoutumista voidaan kuvata myös vaiheittain etenevänä prosessina. Kotihoidon prosessien lähtökohtana ovat aina asiakas ja hänen tarpeensa. (Heinola & Paasivaara 2007.) Prosessin käynnistää asiakkaaksi tulo, jolloin yleensä tehdään ensimmäinen, arvioiva ja palvelun tarvetta kartoittava kotikäynti. Käynnin perusteella tehdään sopimus

annettavista palveluista, aloitetaan varsinainen toimintavaihe ja laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. (Ikonen & Julkunen, 2007, 101–104.) Onnistuneen prosessien kuvaamisen lähtökohta on, että organisaatio tunnistaa ensin ne ydinprosessit, joita varten se on olemassa. Ydinprosessit muodostuvat toisiinsa liittyvien työprosessien sarjoista, jotka edelleen voidaan jakaa pienempiin osiin. Vanhustenhuollossa ydinprosessien lähtökohtana on vanhuksen hyvän kotona asumisen tukeminen. Tätä päämäärää tukevat ydinprosessit ovat kuvattuina kuviossa 1. Tukiprosessit ovat toimintatapoja, joilla ydinprosessit mahdollistetaan. (Mäkinen, Valve, Pekkarinen & Mäkelä 2006, 33.)



Kuvio 1. Kotihoidon ydinprosessit. Mäkisen ym. mukaan (2006, 33).

#### 2.4.1 Palvelutarpeen arviointi

Palvelutarpeen arviointi on tehtävä Jokaiselle kotihoidon piiriin haluavalle 75 vuotta täytäneelle tai Kelan eläkettä saavalle, ylimpään hoitotukiluokkaan kuuluvalla asiakkaalla 1.1.2009 alkaen viimeistään seitsemäntenä päivänä yhteydenotosta. Henkilön iästä riippumatta kiireellisissä tapauksissa palvelujen tarve on arvioitava viipymättä. (Vanhusten palvelutarpeen arviointi 2008.) Palvelutarpeen arvioinnissa kiinnitetään huomiota asiakkaan yksilöllisiin olosuhteisiin ja huomioidaan kokemus hänen omasta palvelutarpeestaan. Karoitettavia osa-alueita ovat elin- ja toimintaympäristöön, terveydentilaan ja toimintakykyyn sekä palvelujärjestelmän toimivuuteen liittyvät tekijät (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa 2006 liite, 1-2.)

Palvelutarpeen- ja toimintakyvyn arviointiin on kehitetty useita erilaisia mittareita. Yleisesti käytetty mittausmenetelmä on mm. Rava-pisteytys, jossa toimintakykyä arvioidaan liik-



kumisen, puheen, näön, kuulon, rakon ja suolen toiminnan, lääkityksen, syömisen, pukeutumisen, peseytymisen, muistin ja psyyken osa-alueilla. Mittarin avulla saatua indeksilukua voidaan hyödyntää asiakkaan avuntarpeen ja toimintakyvyn arviointiin, hoidon, hoivan ja palvelun tarpeen suunnitteluun ja arviointiin, muutosten seurantaan palveluun tai hoitoon liittyvien asioiden todentamiseen, perusteluihin ja valintoihin. Indeksilukuja voidaan käyttää hyväksi myös toiminnan kehittämisessä ja suunnittelussa sekä kunnan että valtakunnan tasolla. (Rava-järjestelmä – vanhuspalvelut toimiviksi ja tehokkaiksi 2009.)

Rava-mittauksen lisänä käytetään usein päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen mittamista ADL-mittarilla (Activities of Daily Living), jonka avulla arvioidaan päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä esimerkiksi kykyä peseytyä, syödä, pukeutua ja käydä wc:ssä. Edellä kuvatut mittarit eivät kuitenkaan mittaa riittävän hyvin iäkkään ympäristötekijöiden ja sosiaalisen toimintakyvyn vaikutuksia arjessa selviytymiseen. (Ikonen & Julkunen 2007, 96.) Kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin pyritään mittaamalla myös asiakkaan älyllistä toimintakykyä, jolloin yleisesti käytössä oleva mittausmenetelmä on MMSE-mittari, (Mini Mental Status Examination), joka on lyhyt ja helposti suoritettava ns. minitesti. (Hytinen 2009, 16–17).

Toimintakyvyn arvioinnin ja palvelun piiriin tulemisen jälkeen kotona annettavasta säännöllisestä palvelusta laaditaan yhdessä palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka sisältää sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palvelut, vaikka palvelujen tuottamisesta vastaisivat erikseen kunta ja kuntayhtymä. (L sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 7 §; Ikonen & Julkunen 2007, 38.)

#### 2.4.2 Asumispalvelut

Asumispalveluista puhuttaessa on merkityksellistä se, missä kulkee avo- ja laitoshoidon raja. Sosiaali- ja terveysministeriön Asetuksen avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista (2007/1507) liitteen 1 luvun mukaan hoito on laitoshoidoa mm. silloin, *”kun se on järjestetty terveyskeskuksen tai sairaalan vuodeosastolla tai vastaavassa sosiaalihuollon laitoksessa. Sosiaalihuollon laitoksissa annetaan hoitoa, kuntoutusta ja ylläpitoa erityistä huolenpitoa vaativille henkilöille, jotka eivät tarvitse sairaalahoitoa, mutta eivät selviydy kotonaan tai muussa avohoidossa säännöllisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun turvin. Muissa kuin edellä mainituissa toimintayksiköissä järjestetty hoito on avohoidoa, ellei ole muita erityisiä perusteita määritellä sitä laitoshoidoksi.”*

Saman asetuksen liitteen 2 luvussa määritellään, että avohoidolle tunnusomainen piirre on asuminen omassa vuokra-asunnossa, josta on tehty huoneenvuokralain mukainen vuokrasopimus tai asuminen omistusasunnossa. Avohoidossa korostuu henkilön omaehtoinen vaikutusmahdollisuus palvelujen ja asumisen järjestämiseksi. Avohoitoa voidaan järjestää myös paljon tukea tai hoitoa tarvitseville henkilöille, jotka ei sairautensa tai vammansa vuoksi kykene osallistumaan itseään tai hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 28.12.2007/1507; Välikangas 2009, 8.) Avo- ja laitoshoidon välille asettuvasta asumismuodosta käytetään termiä välimuotoiset asumisratkaisut. Välimuotoiseksi asumiseksi määritellään asumismuodot, jotka eivät kuulu tavallisessa asunnossa asumiseen muun asutuksen joukossa eivätkä laitosasumiseen. Tällöin välimuotoisella asumisella tarkoitetaan ikääntyneille tarkoitettuja asumisratkaisuja, joissa asuminen ja palvelut ovat erillään. Asuminen tapahtuu vuokrasuhteessa ja asiakas voi itse määrittää, mitä palveluja hän haluaa vastaanottaa. Tällaisia asumismuotoja ovat mm. senioriasunnot, vanhusten vuokratalot, yhteisölliset asumisratkaisut, tavallinen ja tehostettu palveluasuminen sekä muistisairaiden ryhmäasuminen. (Välikangas 2009, 10–11.)

Avohoidon ja laitoshoidon määrittelemisen ei kuitenkaan ole aina yksinkertaista. Ikääntyneiden määrän lisääntyessä erilaisia asumispalveluyksiköitä on perustettu yksityisten palveluntuottajien, eri järjestöjen ja julkisen sektorin toimialueilla runsaasti eikä aina ole helppoa todeta, onko niissä järjestetty hoito sosiaalihuoltoasetuksen mukaista avohoitoa vai laitushoitoa. Tällöin asia ratkaistaan siten, että avo- ja laitushoitoa määritetään hoitoyksikön antamien palvelujen laadun, määrän, toimintayksikön koon sekä siellä työskentelevän hoitohenkilöstön koulutuksen ja työaikojen perusteella. Määrittelyyn vaikuttavat myös tilajärjestelyt sekä toimintayksikössä olevien henkilöiden asumisen järjestäminen yhden tai useamman henkilön huoneisiin sekä toimintayksikössä olevien omaehtoinen mahdollisuus vaikuttaa asumisen, palvelujen ja henkilökohtaisen toiminnan järjestelyihin sekä henkilöiden toimintakyky. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 28.12.2007/1507, 2 luku. ) Avohoidossa asumispalvelujen rinnalle on lisääntyvässä määrin noussut vanhusten perhehoito, joka on yksityiskodissa järjestettyä ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa. Tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle vanhukselle mahdollisuus perheenomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin. Perhehoitoa säätelee Perhehoitajalaki (3.4.1992/312) (Perhehoidon tietopaketti 2008.)

### 2.4.3 Omaishoidontuki

Omaishoidontuki on lakisääteinen palvelumuoto, jonka tarkoituksena on tukea asiakkaan kotona asumista. Omaishoidontukeen sisältyvät hoidettavalle annettavat, tarvittavat palvelut sekä omaishoitajalle maksettava hoitopalkkio, vapaapäivät ja omaishoitoa tukevat palvelut, joista sovitaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kunnan on järjestettävä omaishoitola lain 4 §:n mukaan asiakkaan hoito hoitajan vapaiden aikana. (Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.)

Omaishoidon tuen hoitopalkkiolle on määriteltä vähimmäismäärä ja erityismaksuluokka hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen ajalle, muutoin kunnat voivat itsenäisesti määritellä hoitopalkkioiden määrän. Yleisimmin omaishoidontuesta päättäminen on delegoitu avohuollon tai kotipalvelun johtaville viranhaltijoille, jotka kotikäynnin perusteella arvioivat hoidontarvetta. Usein hakemukset käsitellään vielä kotihoidon asiakkaiden sijoittamisesta vastaavassa arviointityöryhmissä (SAS.) (Ikonen & Julkunen 2007, 53–55; Omaishoidontuki. Opas kuntien päättäjille 2005, 11.)

### 2.4.4 Kotihoidon asiakaslaskutus

Kotihoidon asiakaslaskutusta säätelee Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (3.8.1992/734). Palveluista laskutetaan palvelun laadun ja määrän sekä palvelun käyttäjän maksukyvyn mukaan määräytyvä kohtuullinen kuukausimaksu Avohuollon asiakasmaksut määräytyvät asiakkaan ja hänen kanssaan yhteistaloudessa elävän henkilön veronalaisten tulojen perusteella, laitoshoitomaksua määritettäessä otetaan huomioon asiakkaan tulot ennakonpidätyksen jälkeen. Lisäksi huomioon otetaan erikseen määritellyt verosta vapaat tulot. (Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912.)

Avohoidon piiriin kuuluvaksi määritellään myös sosiaalihuoltolain 22 ja 23 §:ssä tarkoitettuja asumispalveluja saavat asiakkaat. Heidät luokitellaan myös etuuslainsäädännön näkökulmasta avohoidossa oleviksi, jolloin heillä on oikeus mm. asumistukeen, lääkekorvauksiin, matkakorvauksiin ja asiakasmaksukattoon. Asumispalvelussa toiminnan tulisi olla myös sisällöllisesti avohoitoa siten, että hoito perustuu yhdessä asiakkaan kanssa laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asiakkaan palvelutarpeen pohjalta muotoutuvassa palvelussa myös asiakasmaksujen tulisi määräytyä Sosiaali- ja terveysministeriön asetuk-

sen avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista (29.12.2009/1806) liitteen 2 luvun avopalvelujen maksut mukaisesti siten, että annetun hoidon määrä vaikuttaa maksun suuruuteen.

Asumispalvelujen asiakasmaksun määräytyminen avohoitomaksujen mukaisesti on perusteltua myös siksi, että asukkaat ovat huoneenvuokralain mukaisessa vuokrasuhteessa toimintayksikön ylläpitäjään, maksavat itse vuokransa ja vastaavat itse ainakin osasta muita elinkustannuksiaan sekä hankkivat osan tarvitsemistaan palveluista asumispalvelun ulkopuolelta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn

perusteista 29.12.2009/1806.) Seuraavana esitettyssä taulukossa 1 on avohoidon maksuprosentit ja tulorajat 1.1.2010alkaen. (Muutoksia sosiaalihuollon asiakasmaksuihin 2009).

Taulukko1 *Kotihoidon maksuprosentit ja tulorajat* (Muutoksia sosiaalihuollon asiakasmaksuihin 2009).

Henkilömäärä	Tuloraja euroa/kk	Maksuprosentti
1	520	35
2	959	22
3	1504	18
4	1860	15
5	2252	13
6	2585	11

Tukipalvelujen ja asumispalvelujen maksuista ei ole erikseen säädetty asiakasmaksulaissa, joten kunta voi periä niistä päättämänsä maksun. Kotona annettavan palvelun maksut eivät kuitenkaan saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Jos kunta järjestää annettavat palvelut ostopalveluina, on ostopalveluista perittävien maksujen oltava samat kuin kunnan itsensä tuottamista vastaavista palveluista. (Kotihoidon maksut 2010; Ikonen & Julkunen 2007, 44–45; Asiakasmaksut sosiaalihuoltolain mukaisissa asumispalveluissa 2007.)

Asumispalvelumaksujen määräytyminen avohoidon periaatteella ei kuitenkaan ole yksiselitteistä, koska asiakkaan mahdollisuudet vaikuttaa hoidon määrään ja sisältöön ovat rajoit-

tetut. Yhdeksi tulevaisuuden suuntaukseksi onkin asetettu, että asumispalvelussa asumista ja hoitoa tarkastellaan entistä enemmän erillisinä osa-alueina. Hajanaisen asumispalvelujen asiakaslaskutuskäytännön yhtenäistämiseksi on asetettu työryhmä ajalle 1.9.2009–31.8.2010. Työryhmän toiminnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. (Muurinen ym. 2009,25.) Myös Välikangas (2009, 8, 13–14) nostaa näkyville, että avohoitoa toteutettaessa asukkailla tulisi olla mahdollisuus omatoimiseen asumiseen ja yksityisyyteen sekä valintaan palvelujen käytössä. Tämä tarkoittaa myös asumispalvelussa mahdollisuutta omaisilta saatavien palvelujen käyttöön.

#### 2.4.5 Palveluseteli

Kunta voi järjestää kotihoidon palveluja myös käyttämällä palveluseteliä. Palvelusetelillä tarkoitetaan käytäntöä, jossa kunta myöntää palvelun käyttäjälle viranomaispäätöksellä painetun setelin, jolla kunta maksaa määritellyn summan palvelun käyttäjän hankkimasta palvelusta. Palvelu on hankittava kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelun tuottajalta. Asiakkaan maksettavaksi palveluntuottajalle jää palveluntuottajan perimän hinnan ja palvelusetelin arvon välinen erotus. Asiakas voi itse valita käyttämänsä palveluntuottajan kunnan hyväksymien palveluntuottajien joukosta. Palveluseteliä käytettäessä asiakkaan mielipide palvelusetelin käyttämisestä on otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä käyttämästä hänelle tarjottua palveluseteliä, jolloin kunnan tulee järjestää hänen tarvitsemansa palvelu muulla tavoin. Palveluseteleitä koskevat säännökset sisältyvät Lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (3.8.1992/733) ja Lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (3.8.1992/734) sekä sosiaalihuoltolakiin (17.9.1982/710). Kotisairaanhoidon tehtävistä säädetään kansanterveyslaissa (28.1.1972/66). (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569.)

Kuntaliiton Yleiskirjeessä ohjeistetaan, että palveluseteliä käytettäessä jatkuvan ja säännöllisesti annetun kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelusetelin arvo on 1.1.2010 alkaen vähintään 24 euroa tunti, mikäli kotitalouden tulot eivät ylitä asetettua tulorajaa. Tulorajan ylittävä tulo pienentää palvelusetelin täyttä määrää. Palvelusetelin arvon laskemisen perusteena ovat kotihoidon maksuprosentit (edellä ollut taulukko 1) sekä kotitalouden henkilömäärään sidotut tulorajat, mutta maksuprosentin sijalla on vähennysprosentti. Alin palve-

lusetelin arvo on kuitenkin vähintään 7 euroa tunti. Esimerkki palvelusetelin arvon laske-  
misesta yhdelle henkilölle 900 euron bruttokuukausituloilla:  $(900 \text{ euroa} - 520 \text{ euroa}) \times 35$   
%:  $60 = 21,78 \text{ euroa/tunti}$ . (Muutoksia sosiaalihuollon asiakasmaksuihin 2010.)

## 2.5 Kotihoidon asiakaslähtöisyys

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812) antaa puitteet sille,  
mitä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan. Lain 1 §:ssä määritellään, että tarkoituksena on  
*”edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeut-*  
*ta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa.”* Lain 4 §:n mukaan asiakasta on koh-  
deltava vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata.  
*”Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on huomioitava asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja*  
*yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkiensä ja kulttuuritaustansa.”* Asiakkaalle on (5 §)  
myös selvitettävä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset sekä muut sellaiset seikat, joil-  
la on vaikutusta hänen asiassaan.

Lainsäädännön rinnalla palvelujen asiakaslähtöisyyttä pyritään kehittämään kansallisten  
sosiaali- ja terveystieteiden suositusten avulla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaise-  
maan Ikäihmisten palvelujen laatusuositukseen (2008, 12) on kirjoitettu, että ikäihmisten  
oikeudet yhdenvertaisuuteen, välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terve-  
yspalveluihin edellyttävät tietoisia arvovalintoja, jotka konkretisoidaan toimintasuunnitel-  
missa ja talousarvioissa palveluiden määrällisiksi ja laadullisiksi tavoitteiksi. Oppaassa  
tuodaan esille, että eri palveluissa asiakkaille on turvattava mahdollisuus osallistua ja vai-  
kuttaa palvelujen kehittämiseen. Myös Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaoh-  
jelma (2004–2007, 12–13.) muistuttaa, että asiakkaan osallisuuden toteutumisessa ja kohte-  
lussa on vielä parannettavaa. Tavoitteeksi asetettujen palvelunkäyttäjän tarpeeseen vastaa-  
vien sosiaali- ja terveydenhuollon osallisuutta tukevien palvelujen toimintakäytäntöjen  
toteutuminen on hyvin epäyhtenäistä eri puolilla maata.

Asiakkaan tyytyväisyys palveluun kuvastaa palvelun asiakaslähtöisyyttä. Heinola (2007,  
30) kirjoittaa ytimekkäästi, että kotihoidon palvelutoiminta on asiakasta varten. Tällöin  
keskeiseksi tekijäksi muodostuu palveluiden järjestäminen asiakkaan tarpeista lähtien.  
Mainittu näkökulma antaa hyvän pohjan ymmärtää, mitä asiakaslähtöisyydellä tarkoite-  
taan. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaohjelma 2000-luvulle – valtakunnallinen  
suositus (1999, 11–12) nostaa esille, että asiakaslähtöisyys tarkoittaa myös sitä että asiak-  
kaan ja ammattilaisen välille syntyy aitoa vuorovaikutusta, jossa asiakkaan tarpeet tulevat

kuulluiksi ja huomioituiksi hänen näkökulmastaan. Haasteita asiakaslähtöisten palvelujen toteuttamiselle muodostuu asiakkaiden erilaisuudesta. Ihmisten palvelutarpeet ovat kuitenkin yksilöllisiä ja vaihtelevat eri ajankohtina.

Asiakaslähtöisyyttä voidaan tarkastella myös eettisistä lähtökohdista. Lahtinen (2005, 50–52) nostaa esille, että etiikka auttaa tekemään valintoja ja arvioimaan sekä omaa että muiden toimintaa antamatta kuitenkaan valmiita ratkaisuja eettisiin kysymyksiin. Eettisessä ajattelussa korostuu yksittäisen ihmisen näkökulma, jossa eettistä on toisen ihmisen erityisyyden huomioiminen. Niemi (2006, 19–25) puolestaan tarkastelee julkisen sektorin tuottamien palveluiden asiakaslähtöisyyden kaksijakoisuutta suhteessa taloudellisuuden ja tehokkuuden vaatimuksiin. Viranhaltijoiden tulee toteuttaa ja vastata palveluiden tasarvoisesta ja oikeudenmukaisesta jakautumisesta kansalaisten kesken, mutta toisaalta heidän on hyväksyttävä toimintansa poliittisilla päättäjillä. Niemi toteaaakin, että asiakaslähtöisyys kärsii asetelmasta, koska palvelut on rakennettu asiakasryhmiä, ei yksilöiden tarpeita ajatellen.

Toisaalta tarkasteltuna asiakas on etääntynyt viranhaltijoista ja päätöksenteosta. Palveluiden tuottamista ensisijaisesti ohjaavaksi tekijäksi muodostuu usein lainmukaisuusperiaate, jolloin asiakastyytyväisyys jää toissijaiseksi. Julkisissa palveluissa on vaarana, että asiakas on vain palveluiden kohteena ja palvelunjärjestäjän on täytettävä ainoastaan ne tarpeet, joihin asiakkaalla on ehdoton oikeus. Asiakkaan palvelutarpeen määrittelee asiantuntija, joka myös kontrolloi palvelujen saatavuutta. Asiakkaan osaksi jää tyytyminen priorisoituihin palveluihin, jotka määritellään hänen ulkopuoleltaan. (Niemi 2006, 19–20.) Tästä tarkastelunäkökulmasta nousee huomionarvoiseksi myös palveluista tiedottaminen. Sosiaalibarometrissa 2009 tuodaan esille, että tiedottaminen on tärkeää aina, kun palveluissa, etuuksissa tai niiden järjestämisessä tapahtuu muutoksia. Jos tietoa puuttuu, osa ihmisistä saattaa jäädä tarvitsemiensa palvelujen ulkopuolelle. (Eronen, Londén, Perälahti, Siltaniemi & Särkelä 2009.)

Asiakkaan oikeus valita ja päättää haluamistaan palveluista on asiakaslähtöisyyttä. Julkisen sektorin tuottamissa palveluissa ongelmaksi saattaa muodostua palvelujen lakisääteisyys ja niiden normatiivinen luonne vaikeuttaa asiakaslähtöisyyden toteutumista. Ongelmaksi voi muodostua myös se, että asiakaslähtöisyyteen pyritään työntekijälähtöisesti, jolloin asiakkaan tahto jää toissijaiseksi. Lainsäädännössä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määrätään kuitenkin, että ensisijaisesti tulee huomioida asiakkaan toivomukset ja

mielipide, ja hänen itsemääräämisoikeuttaan on kunnioitettava. Tässä ongelmaksi voi muodostua se, että asiakkaalla ei aina ole kykyä valita palvelujaan. (Malinen 2005, 11–13.)

Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta määrätä omasta elämästään ja omaa elämää koskevien päätösten toteuttamisesta. Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen siten, että hänen etunsa olisi ensisijainen vaikuttava tekijä palvelua järjestettäessä. Ellei asiakas pysty itse päättämään hoidostaan, hoitopäätökseen tarvitaan omaisen, muun läheisen tai laillisen edustajan suostumus. Vain potilaalla, joka ymmärtää riittävän hyvin päätöksensä merkityksen, on oikeus kieltäytyä kaikesta hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, 8 §, 9 §.)

Kotihoidossa itsemääräämisoikeutta on se, että asiakasta kuunnellaan, hänellä on mahdollisuus vaikuttaa siihen, kuka hänen luonaan käy, tehdäänkö käynnit hänen haluamanaan ajankohtana ja noudatetaanko yhdessä sovittuja asioita. (Tepponen 2009, 155.) Edellä mainitut periaatteet asiakkaiden mielipiteiden ja toivomusten huomioonottamisesta ja itsemääräämisoikeudesta nousevat näkyville uudessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisussa, jossa korostetaan uusien palvelukonseptien kehittämisessä huomioitavaksi entistä voimakkaammin yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden näkökulmat. Julkaisussa palveluiden tärkeimmiksi toimintaperiaatteiksi nostetaan käyttäjälähtöisyys, voimavaralähtöisyys ja oikeudenmukaisuus. (Muurinen, Finne-Soveri, Sinervo, Noro, Andersson, Heinola & Vilkkö 2009, 12.)

## 2.6 Kotihoidon asiakkaiden yhdenvertaisuus

Perustuslain 19:n mukaan ”*jokaisella ihmisellä, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon sekä riittäviin sosiaali- ja terveystalouteihin.*” (Suomen perustuslaki 11.6.1999, 19 §). Kansalaisten tulee olla palveluiden saamisen suhteen yhdenvertaisessa asemassa. Tästä säädetään yhdenvertaisuuslaissa (20.1.2004/21), jonka tarkoituksena on edistää ja turvata yhdenvertaisuuden toteutumista sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeussuojaa lain soveltamisalaa kuuluvissa syrjintätilanteissa. Lain 4 §:ssä määrätään, että ”*viranomaisten tulee kaikessa toiminnassaan edistää yhdenvertaisuutta tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti sekä vakiinnuttaa sellaiset hallinto- ja toimintatavat, joilla varmistetaan yhdenvertaisuuden edistäminen asioiden valmistelussa ja päätöksenteossa. Viranomaisten tulee erityisesti muuttaa niitä olosuhteita, jotka estävät yhdenvertaisuuden toteutumista.*”



(Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21). Yhdenvertaisuutta voidaan tarkastella myös oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Oikeudenmukaista on se, että palvelut järjestetään asiakkaiden tarpeisiin vastaaviksi. Teperi (2006, 9) nostaa osuvasti esille, että oikeudenmukaisuus tarkoittaa sitä, että samanlaisesta ongelmasta kärsivät saavat samanlaista apua ja erilaisesta tarjotaan erilaista apua.

Sosiaali- ja terveystietomuksessa (2006,12) tarkastellaan asiakkaiden eriarvoisuutta sosiaalipalveluiden saamisen suhteen. Huolestuttavana kehitystekijänä nähdään alueellisten erojen kasvu sosiaalipalvelujen järjestämisessä. Myös Eronen, Londén, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä (2006, 12–13) osoittavat palvelujen yhdenvertaisuuden vaarantuvan sosiaalipalveluissa. Kuntien sosiaalijohdolle tehdyssä kyselyssä on noussut näkyville, että vajaassa puolessa Suomen kunnista pidetään mahdollisena järjestää kuntalaisten tarvitsemat sosiaalipalvelut hyvin nykyisillä voimavaroilla. Monissa kunnissa on ollut vakavia vaikeuksia selviytyä tarvittavien palveluiden järjestämisestä. Näin on osoitettu palveluiden saatavuuden olevan selvästi riippuvainen asuinpaikasta ja elämäntilanteesta.

Laissa kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta (9.2.2007/169) tavoitteeksi asetettiin kaikille suomalaisille yhdenvertaisten, kattavien ja vaikuttavien sosiaali- ja terveystietomien järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteesta käy ilmi, että puitelain tavoitteet ovat toteutumassa vaillinaisesti erityisesti yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystietomien järjestämisen ja yhdenvertaisen saatavuuden osa-alueella. Vaikka kuntien välinen yhteistyö sosiaali- ja terveystietomissa lisääntyy, palvelujärjestelmän kokonaisuudessa tapahtuu monien entisten hyvin toimivien yhteistyörakenteiden osalla hajautumista, mikä johtaa siihen, että asiakkaan kannalta palvelujärjestelmästä tulee vaikeasti hallittava. Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän kyselyn alustavat tulokset osoittavat, että suunnitteilla olevista 65 yhteistoiminta-alueesta 58 alueella on puutteita muun muassa kansalaisten yhdenvertaisuuden toteutumisessa ja hallintomalleissa. (Puitelain tavoitteet toteutumassa vaillinaisesti 2009.)

## 2.7 Kotihoidon vaikuttavuus, kattavuus tuottavuus ja tuloksellisuus

Vanhustenhuollon palvelujen talouteen ja vaikuttavuuteen liittyviksi tekijöiksi nousevat ikärakenteessa tapahtuvat muutokset. Vanhusten määrän lisääntyminen luo valtiolle ja kunnille tarpeen kehittää palveluja ja palvelujärjestelmää siten, että peruspalvelut pystytään turvaamaan myös tulevaisuudessa. Hallituksen asettaman peruspalveluohjelmaa valmistelleen ministerityöryhmän tavoitteena oli edistää peruspalveluiden saatavuutta, tehokasta

tuottamista ja kehittämistä. Vuonna 2007 päättyneiden Kansallisen terveyshankkeen ja Sosiaalialan kehittämishankkeen avulla pyrittiin siihen, että kunnat arvioivat paikallisesti, seudullisesti ja alueellisesti palvelurakennettaan ja palvelujen saatavuutta sekä kehittävät palveluiden sisältöä ja asiakaslähtöisyyttä ja korjaavat palvelujen puutteita. Peruspalveluluohjelman avulla tähdättiin vaikuttaviin toimenpiteisiin tuottavuuden parantamisessa. Ohjelman vuosittaisten tarkistusten yhteydessä asetettiin selkeitä tuottavuustavoitteita, joiden saavuttamiseen pyrittiin laajoilla kansallisilla hankkeilla. Vanhusten kotihoidon kannalta erityinen merkitys oli sosiaalialan tuottavuutta parantavilla hankkeilla. (Peruspalveluluohjelma 2006–2009, 8, 30.)

Jotta peruspalveluluohjelmassa asetettuihin tavoitteisiin päästäisiin, on ymmärrettävä, mitkä tekijät vaikuttavat palvelujen tehokkaaseen tuottamiseen, palvelujen saatavuuteen ja niiden laatuun. Möttönen (2006) on tarkastellut palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen liittyvää tuottavuuden ja vaikuttavuuden suhdetta kiinnittäen huomiota taloudellisiin tekijöihin ja palveluilla aikaansaatuihin vaikutuksiin ja todennut, että vaikuttavuus on toiminnan pää-tavoite. Hänen mukaansa tuottavuus ei ole tae vaikuttavuudesta, mutta on vaikuttavuuden keino, koska se kertoo resurssien käytön tehokkuudesta. Kotihoidon tuottavuudella voidaan vaikuttaa palvelujen määrään, laatuun ja riittävyyteen.

### 2.7.1 Vaikuttavuus

Tietoa vanhusten palveluiden vaikuttavuudesta tarvitaan suunnittelun ja kustannusseuranan välineenä. Yleensä puhuttaessa vaikutuksesta tarkoitetaan sitä, missä määrin toiminnalla kyetään aikaansaamaan tavoiteltuja muutoksia. (Vuorela (1997, 36, 42–43.) Silvennoinen - Nuora (2005, 14–16) toteaa tarkemmin, että vaikutus ilmenee jonkinlaisena muutoksena asiakkaan elämän tilanteessa tai on asiakkaan tilan vakaana pitämistä. Tällöin vaikuttavuuden arviointi tarkoittaa tavoitteiden saavuttamisen arviointia. Arvioinnissa voidaan vertailla toiminnan hyötyjä tilanteeseen, jossa toimintaa ei ole lainkaan.

Kotihoidolle asetettuja tavoitteita ovat muun muassa asiakkaan tyytyväisyys, asiakkaan toimintakyvyn paraneminen tai säilyminen ja laitoshoidon tarpeen siirtyminen myöhemmäksi ja kattavuustavoitteiden saavuttaminen (Paasivaara 2007.) Asiakkaan tyytyväisyyden näkökulmasta tarkasteltuna vaikuttavuutta voidaan mitata mittaamalla palvelun laatua. Laadukas ja vaikuttava kotihoito on tutkimustulosten perusteella ennakoivaa ja perustuu kattavaan toimintakyvyn arviointiin. Palvelu reagoi nopeasti asiakkaiden terveyden-tilan ja toimintakyvyn muutoksiin ja muuttuneisiin olosuhteisiin. (Valta 2008, 80–85.)

Vaikuttavuuden käsitteellä sosiaali- ja terveydenhuollossa on myös taloudelliset ulottuvuudet. Kangasharju tarkastelee terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta ottamalla esimerkiksi kustannusten suhteen laatupainotettuihin lisäelinvuosiin ja lisäelinvuoden hintaan. (Kangasharju 2008, 23). Kangasharju on tuonut esille myös näkemyksiä vaikuttavuustavoitteiden saavuttamisesta kuvaamalla vaikutusketjua yhden tuotantoyksikön, kunnan ja koko yhteiskunnan näkökulmista. Tuotantoyksikön tehtävänä on esimerkiksi tyydyttää olemassa oleva kysyntä ja asiakkaan palvelutarve. Kunnan näkökulmasta keskeistä on, että palvelut kohdennetaan tarkoituksenmukaisesti, keskittämällä palveluja asiakkaiden tarpeiden mukaan siten, että he saavat suurimman hyödyn. Kunnallisella tasolla rinnakkaistointi voi parantaa kustannusvaikuttavuutta. Yhteiskunnan näkökulmasta on merkityksellistä yksityisen- ja julkisen sektorin yksilöllisten palvelujen kohdentuminen, koska yksityisen sektorin markkinahinnat vaikuttavat ostokyvyn kautta tuotosten kohdentumiseen. Julkisen sektorin päätöksenteolla ohjataan koulutus- ja terveystaloudellisia palveluita niille eniten tarvitseville. Hyvinvoinnin näkökulmasta vaikuttavuus on sitä, että samanlaatuiset tuotokset kohdentuvat oikeisiin väestöryhmiin. (Kangasharju 2008, 24–27; Kangasharju, 2009.)

Puhuttaessa kotihoidon kustannusvaikuttavuudesta puhutaan myös palveluiden tehokkuudesta. Vaikka kotihoidon kustannuksia ja kustannusvaikuttavuutta on tutkittu ja laskentaan on kehitetty erilaisia malleja, vaikuttavuuden arvioiminen on vaikeaa. Vaarama (1996, 186–187) arvioi julkisten palveluiden kustannusten ja tuottavuuden mittaamisen ongelmia todeten niiden taipuvan huonosti taloudelliseen analyysiin. Palvelujen tuottamiseen sisältyy inhimillisiä tekijöitä, organisaatioiden ja ihmisten toiminnan vaikutus, jotka jäävät perinteisessä taloustieteessä huomiotta. Kustannuksia tulisi voida mitata mittaamalla, mitä menetetään, kun toimitaan vaihtoehtoisella tavalla tai toimintaa ei ole lainkaan.

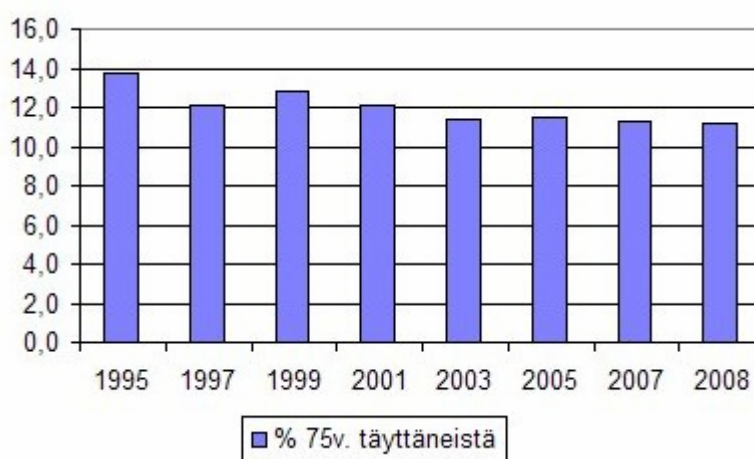
### 2.7.2 Kattavuus

Vanhusväestön palvelujen kattavuutta voidaan arvioida pysyvästi palvelujen piirissä olevien suhteessa koko kunnan vanhusväestöön tai prosentteina samanikäisestä väestöstä. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevaan laatusuosituksen määrälliset palvelurakenneindikaattorit, joiden avulla kunnissa voidaan verrata omia tietoja toisten kuntien ja koko valtakunnan tilanteeseen. Seuraavan kuvion 2 indikaattoreissa suhteutus on 75 vuotta täyttäneisiin. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 45.)

Indikaattorit	Tavoite (suhteutus 75 vuotta täyttäneisiin)
Kotona asuvien osuus (pois lukien ympärivuorokautisen palvelun piirissä olevat)	91–92 prosenttia asuu kotona
Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus	13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa
Omaishoidon tukea saavien osuus	5–6 prosenttia saa omaishoidon tukea
Tehostetussa palveluasumisessa asuvien osuus	5–6 prosenttia on tehostetussa palveluasumisessa
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa (vanhainkodit, terveyskeskussairaalat) olevien osuus	3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla

Kuvio 2. *Palvelurakenneindikaattorit.* (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 45).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tutkinut kotihoidon kattavuustavoitteiden toteutumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) ja Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan tarpeenmukainen, säännöllinen kotihoito olisi oltava tarjolla 14 prosentille yli 75-vuotiaista. Tarpeenmukaista, säännöllistä kotihoitoa eli kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa saa kuitenkin vain 11,3 prosenttia ikäihmisistä. Maakunta- ja kuntakohtaiset erot ovat huomattavia. Alla olevasta kuviosta 3 näkyy palveluiden piirissä olleiden määrän muuttuminen vuosien 1995–2007 välillä. (Tilastoraportti 8/2009.)



Kuvio 3. *Säännöllisen kotihoidon 75 täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä 1995–2008.* (Kotihoidon laskenta 2008).

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 4) painotetaan ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta. Aiheesta tehtyjen selvitysten perusteella on

kuitenkin nähtävissä, että suuntaus on ollut toisenlainen. Vuonna 2000 julkaistun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksen mukaan kotiin annettavat palvelut ovat vähentyneet voimakkaasti. Kodinhoitoavun suhteellinen kattavuus on vähentynyt yli 40 %, tukipalvelujen 8-9 % ja omaishoidontuen noin 5 %. (Vaarama, Hakkarainen, Voutilainen & Päivärinta 2000, 76.)

### 2.7.3 Tuloksellisuus

Tarkasteltaessa kotihoidon taloudellista tuloksellisuutta on ymmärrettävä, mistä hoidon kustannukset syntyvät ja miten niitä arvioidaan sekä mitä tuloksellisuudella kotihoidossa tarkoitetaan. Julkisissa palveluissa tuloksellisuus käsitteenä ei ole itsestään selvä. Lumijärvi (2006) on tarkastellut Oulussa Paikallis- ja hallintopäivillä käsitteiden tuottavuus ja tuloksellisuus merkityseroja. Tuottavuus määritellään organisaation tuotosten ja panosten suhteeksi. Tuottavuudelle voidaan asettaa kiinteät tavoitteet, joihin voidaan liittää mukaan myös laatutekijöitä. Tuotokset ovat organisaation aikaansaannoksia, kuten tuotteita ja palveluja. Panokset ovat tekijöitä, jotka on käytetty tuotosten aikaansaamiseen, kuten materiaaleja, työtä ja pääomaa julkisen toiminnan tuotosta. Tuotettujen palvelujen määrää mitataan erilaisilla suoritteilla, joita ovat esimerkiksi hoitopäivät. Tuloksellisuus kuvaa henkilöstön aikaansaannoskykyä, asiakaspalvelun laatua, prosessien taloudellista sujuvuutta ja vaikuttavuutta. Tuloksellisuutta mitattaessa voidaan arvioida, onko toiminta taloudellisesta ja tuottavaa, laadukasta, vaikuttavaa ja huomioidaanko henkilöstön hyvinvointi. (Lumijärvi 2006.)

Myllyntaus (2003, 91–92) puolestaan tarkastelee kokonaistalouden tunnuslukujen yhteyttä tuottavuuden tutkimisessa. Tunnusluvut eivät suoranaisesti mittaa kunnan palvelutuotannon tuloksellisuutta. Vaikka kunnan talous olisi keskimääräistä vahvempi, voi palvelutaso olla keskimääräistä heikompi. Kunnan tulorahoitus koostuu pääosin verorahoituksesta eikä osoita toiminnan tuloksellisuutta. Hänen mielestään tehtäväkohtaisen tuloksellisuuden mittaaminen on vaikeaa, koska pääosa kunnan palveluista on käyttäjälle maksutonta ja palvelujen tuottamisen tarkoituksena on lisätä kuntalaisten hyvinvointia tai edistää kunnan alueeseen tai tuotantorakenteeseen liittyvää kestävästä kehitystä. Tästä johtuen tuloksellisuuden mittaamisen perinteistä panos-tuotosmallia olisikin täydennettävä panos-tuotosvaikutusmalliksi. Myllyntauksen mukaan tähän pyrittiin jo -70 luvulla kehittämällä suori-temittareita. Mittareihin ei kuitenkaan sisältynyt vaikutuksia koskevia määrittelyjä.

Palvelujen tuloksellisen toiminnan kehittämiseksi olisi hyödyksi kuntien välinen vertailumahdollisuus. Valtonen tarkastelee mahdollisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuloksellisuuden vertailuun tuoden ongelmana esille, että kustannuseroja ei voida selittää millään yksittäisellä tekijällä, vaan kokonaisuuteen vaikuttavat kuntien omat toimintakäytännöt ja painotukset. Näyttää siltä, että tuloksellisinta toiminta on silloin, kun se on hyvin suunniteltua ja sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö on kehittynyttä. (Valtonen 2000, 29–42.) Myös Vaarama 1996, 186–187). kiinnittää huomiota samaan asiaan tuoden esille, että julkisten palveluiden kustannusten ja tuottavuuden vertaileminen kuntien välillä on vaikeaa, koska niiden laskentatapa on kirjava ja usein pääomakustannukset jätetään huomiotta.

#### 2.7.4 Tuottavuus

Tuottavuuden mittaamista voidaan lähestyä tuottavuus käsitteen kautta. Tuottavuus kuvaa tuottavuuden määrän ja tuottamiseen käytettyjen panosten suhdetta, jolloin tuottavuus voidaan laskea jakamalla tuotoksen volyymi panosten käytön volyymillä. Tuottavuuden mittaaminen on ongelmallista useista syistä. Tuottavuuteen vaikuttaa se, kuinka hyvin tuotettu palvelujen rakenne vastaa palvelunkäyttäjien ensisijaisia tarpeita ja edistää heidän hyvinvointiaan, sekä se, kuinka alhaisin kustannuksin tarvittavat palvelut kyetään tuottamaan. Julkisella sektorilla tuottavuuden mittaamista vaikeuttavana tekijänä on usein se, ettei ole selvää, mitä julkisyhteisö tuottaa, onko tuote turvallisuus, sivistys, liikennepalvelu vai mikä? (Hjerppe & Luoma 2003, 71; Vaarama 1996 186–187.) Tutkimuksen kannalta ongelmalliseksi tuottavuuden tarkastelussa muodostuu se, että tuottavuutta tulisi mitata sisällöltään ja laadultaan samanlaisten palveluiden tuotannossa, tällöin myös laatuerojen tulisi olla selvillä. Tuottavuuserojen esille saaminen edellyttäisi tietoa palveluilla aikaansaatuja hyvinvointivaikutusten suuruudesta. (Valtonen 2000, 29–42.)

#### 2.8 Kotihoidon ehkäisevät työmuodot

Kotihoidon ehkäisevän toiminnan tarkoituksena on siirtää raskaampien palvelumuotojen tarvetta myöhäisempään vaiheeseen. Ehkäisevän työn vaikutuksista on tehty laajasti kansainvälisiä tutkimuksia. Tutkimusten avulla on selvitetty muun muassa ehkäisevien kotikäyntien vaikutusta pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumisajankohtaan, kaatumistapaturmien vähentämiseen ja toimintakyvyn parantamiseen tai säilyttämiseen. Seuraavana esitetään katsaus ehkäiseviä toimintamuotoja koskeviin suomalaisiin ja kansainvälisiin tutkimuksiin ja raportteihin.

Halbergin ja Kristenssonin (2004) raportissa kiinnitetään huomiota ehkäisevien toimintamuotojen kehittämiseen, koska ikääntyneiden määrän suhteellinen osuus kasvaa maailmanlaajuisesti. Tämä tuo haasteita koko iäkkäiden ihmisten palvelujen ja palvelurakenteen kehittämiseen. Raportin mukaan useat tutkijat ovat jo vuosien ajan nostaneet esille laitoshoitopainotteisista palveluista siirtymisen kohti kotihoitoa, koska suuret ikäluokat tulevat kuormittamaan julkista terveydenhuoltoa, ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin panostamisella on ja tulee olemaan suuri merkitys.

Ikäihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kuuluvat myös suomalaisen sosiaalipoliittikan tavoitteisiin ja ovat määriteltyjä kuntalaissa ja kansanterveyslaissa kunnan keskeisiksi tehtäviksi. Suomessa halutaan varmistaa, että iäkkäät voisivat asua omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään. Poliittisten linjausten painopistealueina ovat ikääntyneiden oma-toimisuuden tukeminen ja avopalveluiden ensisijaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön vuosien 2000–2003 tavoite- ja toimintaohjelmassa oli jo toimenpidesuositus, jonka perusteella haluttiin kuntien panostavan avopalveluihin lisäämällä kotipalvelua ja tarjoamalla ehkäiseviä kotikäyntejä yli 80-vuotiaille. (Toljamo, Haverinen, Finne-Soveri, Malmivaara, Sintonen, Voutilainen & Mäkelä 2005, 9, 13, 50.)

#### 2.8.1. Ehkäisevät kotikäynnit; Suomalaisia ja ulkomaisia näkökulmia

Yleisesti käytettyjen määritelmien mukaan ehkäisevillä kotikäynneillä tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tekemiä kotikäyntejä ikääntyneiden kotiin. Käynnin tarkoituksena on arvioida ikääntyneen toimintakykyä ja kotona selviytymistä sekä arvioida toimintakykyä uhkaavia riskitekijöitä. Arvioinnin pohjalta etsitään keinoja parantaa asiakkaan elämäntilannetta ja samalla pyritään tiedottamaan käytettävissä olevista palveluista. Tavoitteena on, että tukea voitaisiin antaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin voidaan siirtää myöhäisemmäksi joutumista tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon piiriin. (Häkkinen & Holma 2004, 24; Ikäihmisten laatusuositus 2008, 24; Halberg ja Kristensson 2004; Vass, Avlund, Hendriksen, Holmberg ja Nielsen 2006, 4, 17.)

Ehkäisevien kotikäyntien kohdentamiseen liittyy monenlaisia näkökulmia. Nähdään esimerkiksi, että tarkoituksenmukaisin käynnin kohde olisi henkilö, jolla on vielä kohtalaisen hyvä toimintakyky ja ymmärrys. (Wass ym. 2006, 45,46). Ehkäisevien kotikäyntien kohdentamisesta käydäänkin keskustelua useissa maissa. Viippola (2007, 32) tarkastelee ehkäisevien kotikäyntien tarkoituksenmukaista järjestämistä ja kohdentamista Suomessa

nostaen esille tutkimustuloksia, joiden mukaan osa asiakkaista kieltäytyy tietyille ikäryhmille suunnatuista kotikäynneistä, koska ei koe tarvitsevensa käyntiä. Ei tiedetä, onko kieltäytyjissä juuri niitä, jotka eniten käynnistä hyötyisivät. Tämä puoltaa näkemyksiä siitä, että tulisi löytää ne kohderyhmät, jotka tarvitsevat käyntejä ja hyötyvät niistä.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa ohjataan kohdentamaan käyntejä niille, jotka eivät ole vielä sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä, sekä riskiryhmille, joihin kuuluvat esimerkiksi monisairaat tai sairaalakierteessä olevat ikäihmiset, sekä ne, joilla aistitoiminnot ovat heikentyneet ja jotka ovat alttiita kaatumisille ja muille tapaturmille. Riskiryhmiin kuuluvat myös henkilöt, jotka ovat hiljattain leskeytyneet ja joiden sosiaalinen verkosto on pieni. Riskiryhmien tavoittaminen on kunnille merkittävä haaste ja edellyttää moniammatillista ja -toimijaista yhteistyötä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 22–24.)

Joka tapauksessa ehkäisevät kotikäynnit on otettu osaksi suomalaista ikäihmisten palveluvalikoimaa. Niiden käytön laajentaminen on nostettu ikäihmisten palvelujen kehittämisen kohteeksi terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa. (Seppänen, Heinola & Andersson 2009, 5-8.) Kehittämislinjauksissa on jo vuosien ajan ohjattu lisäämään ehkäiseviä kotikäyntejä ja suunnittelemaan palvelun sisältöä sekä saattamaan kotikäynnit järjestelmällisen kokeilutoiminnan kohteeksi. (Heikkinen, Kauppinen & Laukkanen 2003, 43–62).

Tanskassa ehkäisevät kotikäynnit on sisällytetty lakiin siten, että kaikille yli 75-vuotiaille tehdään kaksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tekemää ehkäisevää kotikäyntiä vuodessa. Käyntien tavoitteena on arvioida avuntarvetta ja vähentää ikääntyneiden elämän riskitekijöitä mm. kaatumiseen, sosiaaliseen eristäytymiseen, itsemurhiin ja liikenneonnettomuuksiin liittyen. Tutkijoiden mukaan on selvästi osoitettu, että näin toteutetuilla ehkäisevillä kotikäynneillä pystytään merkittävästi vähentämään sairaalaan joutumista. (Halberg & Kristensson 2004; Vass, Avlund, Hendriksen, Holmberg & Nielsen 2006, 4.)

Ehkäisevien toimintamuotojen tarvetta voidaankin perustella asiakas- ja ongelmatasolla. Kaatumistapaturmat ovat yleisimpiä ikääntyneitä kohtaavia onnettomuuksia. Kaatumisen syyt ovat joko sisäisiä tai ulkoisia. Sisäiset syyt ovat vanhuksesta johtuvia tekijöitä, esimerkiksi sairaudesta ja siihen käytettävästä lääkityksestä ja fyysisestä heikkenemisestä johtuvia syitä. Ulkoiset syyt ovat vanhuksen toimintaympäristössä (mm. kävelypintojen liukkaus, epätasaisuus, huono valaistus tai epäkäytännölliset toimintavälineet ja kalusteet). Suurin osa 65–74-vuotiaiden kaatumisista johtuu ulkoisista syistä. (Vallejo-Medina ym.



(2006, 319–320.) Ehkäisevät kotikäynnit tuovat yhden mahdollisuuden havaita edellä kuvattuja riskitekijöitä asiakkaan elinympäristössä ja hänen terveydentilassaan.

Asiakas- ja ongelmataason tarkastelusta siirrytään tarkastelemaan palvelujen toteuttamiseen liittyviä tekijöitä ja vaikuttavuudesta tehtyjä tutkimuksia. Halbergin ja Kristenssonin (2004) raportista käy ilmi, että Tanskassa ehkäiseviä kotikäyntejä tehtiin jaoteltuina ne kahteen erilaiseen lähestymistapaan: Käynnit, joita toteutetaan ”terveille” vanhuksille, ja käynnit, jotka keskitetään paljon akuuttia sairaalahoitoa ja kotona jatkuvaa tukea tarvitseville vanhuksille. Theander ja Edberg (2005:392 – 400) puolestaan kuvaavat Ruotsissa hallituksen tukeneen taloudellisesti ehkäisevien kotikäyntien tutkimushanketta, jossa kotikäyntejä tehtiin 78-vuotiaiden omassa kodissaan asuvien luokse kolmena peräkkäisenä vuotena. Käyntejä toteutti moniammatillinen työryhmä, johon kuului sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, terapiakoulutettuja ja sosiaalityöntekijöitä. Tutkimuksen tulosten mukaan ikääntyneiden sekä fyysisessä että sosiaalisessa aktiivisuudessa tapahtui muutoksia. Ikääntyneet tunsivat olonsa myös turvallisemmaksi ja kokivat saaneensa paremmin tarvitsemiinsa tietoja.

Suomalaisessa tutkimuksessa selvitettiin viidessä kunnassa toteutettuja ehkäiseviä kotikäyntejä siten että tavoitteena oli kuvata ehkäisevien käyntien sisältöä, suunnittelua ja toteutusta. Tutkituissa kunnissa ehkäisevien kotikäyntien tavoitteeksi oli asetettu vanhusten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, asuin ja elinympäristön ongelmien varhainen toteaminen ja tiedon jakaminen. Tutkimus osoitti, että kotona selviytymisen ongelmat liittyivät pääosin raskaisiin kotitöihin, ulkona liikkumiseen, puutteellisiin kulkuyhteyksiin ja hissittömiin kerrostaloihin. Suurin hyöty ehkäisevistä kotikäynneistä oli tiedon saaminen sosiaali- ja terveyspalveluista. Käynnit lisäsivät myös turvallisuuden tunnetta ja luottamusta siihen, että tarvittaessa saa apua. (Heinola, Voutilainen & Vaarama 2003, 10, 13–16.)

Ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuutta on tutkittu myös käynnin vaikutuksena asiakkaan erilaisiin elämäntilanteisiin. Käyntien on osoitettu kohentavan asiakkaan toimintakykyä siten, että laitoshoidon joutuminen siirtyy myöhäisemmäksi. (Vass, Avlund, Hendriksen, Andersen, Keiding 2002:509; Vass, Avlund, Kvist, Hendriksen, Andersen ja Keiding 2004, 106–111.) Myös Ruotsalaisessa tutkimuksessa on saatu samansuuntaisia tuloksia.

(Sahlen, Dahlgern, Hellner, Stenlund & Lindholm 2006). Vass ym. (2006:5) tuovat kuitenkin esille, että selkeästi ei ole voitu osoittaa, liittyvätkö vaikutukset kotikäynnin sisältöön vai muihin käyntiin liittyviin tekijöihin.

Kansainvälisiin tutkimustuloksiin nojautuen ehkäisevät kotikäynnit on otettu myös Suomessa käytäntöön ja niitä halutaan edelleen kehittää. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Ikäneuvosto-työryhmä on tuonut esille ehkäisevää kotikäyntiä kuvaavan uuden käsitteen, hyvinvointia edistävä kotikäynti. Työryhmä ehdottaa hyvinvointia edistävät kotikäynnit otettavaksi käyttöön kaikissa kunnissa osana ikääntyneille tarjottavia sosiaali- ja terveyspalveluja. Ehdotuksen mukaan kotikäynnit sovitetaan yhteen kunnan muun hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan kanssa. Kotikäynnin tavoitteena on saada tietoa ikääntyneiden kuntalaisten elinoloista, palvelu- ja muista tarpeista ja odotuksista. Kerättyä tietoa voidaan käyttää välineenä kunnan palvelutoiminnan suunnittelussa. Toimenpideehdotuksen mukaan kunta laatii suunnitelman hyvinvointia edistävien kotikäyntien kohdentamisesta. Kohderyhmä voidaan valita joko iän tai iän ja riskiryhmään kuulumisen perusteella siten, että ne kohdistuvat ensisijaisesti säännöllisten sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkopuolelle. (Muurinen ym. 2009, 18–20.)

## 2.8.2 Palveluohjaus

Ehkäisevät kotikäynnit ovat vain yksi osa ehkäisevistä palveluista. Ikääntyneiden neuvontaa terveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseksi on kehitetty viimeisten vuosien aikana. Kehittämisen tuloksena on syntynyt uusia toimintamalleja, joilla neuvontaa pyritään tehostamaan. Toimintamalleilla on paikallisista tarpeista lähtien erilaisia painotuksia. Suuremmilla paikkakunnilla ehkäiseviä palveluja toteutetaan palvelukeskusmuotoisesti, esimerkiksi Ikäkeskus-toimintana. (Seppänen, Heinola, & Andersson 2009, 11–13.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä todetaan, että väestön ikääntyessä on välttämätöntä tehostaa ja lisätä toimia, joilla edistetään väestön hyvinvointia ja terveyttä. Työryhmän ehdotuksessa tuodaan esille neuvontapalvelujen saaminen valtakunnallisesti kattavaksi toiminnaksi. (Neuvonta ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä 2009.) Neuvontatoimintaa voidaan nimittää palveluohjaukseksi. Palveluohjaus määritellään eri tutkijoiden tutkimuksissa vähän toisistaan poikkeavasti. Suomessa palveluohjauksen määrittelyssä korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan etua, jossa keskeistä on luottamuksen syntyminen asiakkaan ja työntekijän välille. Palveluohjaus on tapa har-

joittaa palveluhallintoa ja organisoida samalla sosiaali- ja terveystalveta. Sillä tarkoitetaan sekä palvelujen yhteensovittamista organisaatioiden tasolla että asiakkaan tasolla. Painotus palveluohjauksen määrittelyssä voi vaihdella erilaisten asiakasryhmien kohdalla, asiakas on kuitenkin aina palveluohjaajan toimeksiantaja. Palveluohjauksen avulla palvelut räätälöidään kunkin asiakkaan tarpeen mukaan siten, että palveluiden suunnittelussa yhdistyvät myös palveluntuottajien tai viranomaisten näkökulmat. (Hänninen 2007, 12–14; Suominen & Tuominen 2007, 34–36.)

Palveluohjaus (Case management) on kansainvälisesti käytetty ja kehitetty palvelumuoto. Yhtenäisinä piirteinä nähdään, että kyse on palveluiden koordinoinnista, jossa pyritään yhdistämään asiakkaan, palvelun tuottajien ja rahoittajien näkökulmat. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa vanhustenhuollon palvelujärjestelmän pirstaleisuuteen on haettu ratkaisua kehittämällä palveluohjausta. Samalla pyrkimyksenä palveluohjauksen kehittämislle on ollut halu hillitä vanhustenhuollon korkeita kustannuksia. Challis (1986) nostaa esille, että care managementin ensimmäisenä lähestymistapana oli siirtyminen laitoshoidosta kohti yhteisöpohjaista hoitomenetelmää. Tutkijoiden mukaan care managementin pääpiirteisiin kuuluu hajaantuneiden palveluiden koordinointi, palveluiden järjestäminen asiakaskeskeisesti ja resurssien käyttäminen tehokkaasti. Tutkimusten mukaan tehokkaasti järjestetty care management vähentää henkilökunnan työtaakkaa, ja parantaa henkilökunnan mahdollisuuksia tuottaa parempaa ja halvempaa palvelua asiakkaille.

Ala – Nikkola ja Sipilä (1996) käsittelevät palveluohjauksesta kansainvälisenä käsitteenä käytettävää termiä case management, jota 1990-luvulla ryhdyttiin nimittämään care managementiksi. Sana case kuvaa enemmän koko strategian ideaa ja yksilökohtaisuutta kuin care, joka kuvaa hoitoa, hoivaa ja huolenpitoa. Care-termin käyttöön siirtymisen taustalla ovat poliittiset näkökohdat ja palvelunkäyttäjien huomioon ottaminen. On ajateltu, että case sanan käyttäminen toisi asiakkaalle epämiellyttävän tunteen tapauksena pitämisestä. Sanalla management kuvataan sekä johtamista että asioiden hoitamista. Kirjoittajat ovat sitä mieltä, että luonteva nimitys case managerille olisi sosiaalihuoltaja, mutta toteavat, että käsite on jo varattu muuhun käyttöön. Niinpä äänestyksen jälkeen Tampereen yliopiston tutkimusprojektissa on päätetty kääntää case management -termi yksilökohtaiseksi palveluohjaukseksi, jossa palvelukokonaisuuksien rakentamisen lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet. Tarpeiden perusteella palveluohjaaja suunnittelee palvelukokonaisuuden yhteiskunnan asettamien hallinnollisten ja taloudellisten ehtojen puitteissa. (Ala-Nikkola & Sipilä 1996.)

Palveluohjauksen käsitettä voidaan lähestyä myös koordinoinnin käsitteen kautta. Palveluohjauksen tarve perustuu siihen, että sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja tuottava kenttä on hyvin hajanainen, vanhustenhuollossa avun ja palvelujen muodot ovat monipuolistuneet ja toimijoita on tullut lisää. Samalla on syntynyt sekä sisällöltään että toteuttamistavoiltaan uusia palvelumuotoja. Palvelujen koordinointi on tärkeä hallinnon ja johtamisen toiminto. (Häkkinen 2000, 23–26.) Tästä näkökulmasta palveluohjaus voidaan nähdä yhtenä keinona toteuttaa yksittäiselle asiakkaalle eri tarjoajien järjestämiä palveluja asiakaslähtöisesti. Samalla voidaan ottaa huomioon rahoittajien ja järjestäjien tarpeet sekä näkökulmat.

Palveluohjauksessa voidaan nähdä monia erilaisia toimintamalleja, joista on vaikeaa muodostaa selkeää kuvaa. Tämä johtuu siitä, että kansainvälisessä käytössä on kymmeniä erilaisia nimityksiä. Suomalaiset mallit perustuvat kansainvälisiin malleihin, joita on sovellettu eri tavoin. Hännisen käsitellessä palveluohjauksen malleja tulee esille kolmijako, johon kuuluvat 1. yleinen, eli perinteinen palveluohjaus, 2. voimavarakeskeinen ja 3. intensiivinen palveluohjaus. Malli 1. sisältää palvelutarpeen selvittämisen, hoito- ja palvelusuunnitelmat, yhteydenpidon ja palvelujen yhteensovittamisen ja kokonaisuuden hallinnan. Palveluohjaajalla voi olla useita asiakkaita ja malli voi olla siirtymävaiheen palveluohjaus. Tässä mallissa palveluohjaajina voivat toimia esimerkiksi kotihoidon työntekijät, mm. kodinhoitajat, kotipalveluohjaajat, perushoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, jotka toteuttavat palveluohjausta oman työnsä ohessa (Ala-Nikkola & Valokivi 1997.) Mallissa 2. keskeisellä sijalla on asiakkaan voimavarat ja hänen omat tavoitteensa. Palveluohjaajalla on neuvojan ja tukijan rooli ja hän toimii asiakkaan kumppanina sekä tarvittaessa edunvalvojana. Intensiivisessä palveluohjauksessa on kyseessä luottamuksellinen suhde, jossa palveluohjaaja tukee ja motivoi asiakasta tarpeen mukaan. (Hänninen 2007, 13–18.)

Tarkasteltaessa iäkkäiden asiakkaiden palveluohjausta pääosin sairaanhoidon näkökulmasta nousee esille, että asiakkailla saattaa olla monia samanaikaisia terveydellisiä ongelmia ja he tarvitsevat paljon terveyden- ja sosiaalihuollon palveluja. Tiedon puute ja palveluiden vaikea saatavuus aiheuttavat ongelmia asiakkaan palveluiden käyttämiselle. Usein ja paljon laitoshoidon tarvitsevat asiakkaat hyötyvät palveluohjauksesta, asiakaslähtöisestä ja yksilöllisestä palvelujen koordinoinnista ja tiiviistä tuesta siirryttäessä hoitopaikasta toiseen. Kotihoitoon liittyväksi ja erityisesti merkitykselliseksi palveluohjaus tulee kotiutuksen yhteydessä, hyvin suunniteltu kotiutus pienentää riskiä joutua uudelleen laitoshoidon. (Rysti 2003, 16–17.)

Edelleen Rysti (2003, 14–16) kiinnittää huomiota terveydenhuollon näkökulmasta iäkkäiden asiakkaiden palveluohjaajalle asetettaviin vaatimuksiin. Tarkastelun kohteena on palveluohjaajalla oleva sairaanhoitajan koulutustaso. Tutkimustulokset ovat olleet osin ristiriitaisia, koulutustasolla on nähty olevan vaikutusta palveluohjauksen laatuun mm. siten, että alemman sairaanhoitajan koulutustasolla on palveluohjauksessa ollut puutteita esimerkiksi tavoitteiden asettamisessa ja taloudellisessa suunnittelussa. Vastakkaisten tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajan koulutustaso ei ole vaikuttanut palveluohjauksen laatuun. Rysti käsittelee myös palveluohjauksen tarpeen lisääntymiseen vaikuttavia syitä. Tarpeiden lisääntymiseen vaikuttaviksi keskeisimmiksi tekijöiksi eivät yleensä nouse terveydenhoidolliset syyt, vaan tarve lisääntyy mm. kotihoidon lisääntymisen, palvelujärjestelmän moninaisuuden ja pirstaleisuuden sekä sosiaalisten ongelmien lisääntymisen myötä. Myös palveluiden kustannusten kurissapito ja ympäristönäkökulmat vaikuttavat palveluohjauksen tarpeeseen.

Edellä esille tuotujen näkökulmien perusteella kotihoidossa tapahtuvalle palveluohjaukselle ja palveluohjaajan osaamiselle keskeisimmiksi lähtökohdiksi näyttävät muotoutuvan palvelujärjestelmän tunteminen, yhteistyökyky ja kyky organisoida palveluja yhdistäen asiakkaan ja palvelujärjestelmän tarpeet asiakaslähtöisellä tavalla. Käytännössä usein on havaittavissa, että palveluohjaus on riippuvaista siitä, mistä organisaatiosta sitä tehdään, jolloin työntekijälähtöisesti painotutaan esimerkiksi terveydenhoidolliseen neuvontaan ja sosiaalinen ulottuvuus (mm. asuin ympäristön vaikutus, asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien huomioiminen ja kustannusvaikutusten huomioiminen) jää puutteelliseksi ja palveluohjauksesta tulee kapea-alaista.

### 3 KOTIHOIDON NYKYISET TOIMINTAMALLIT

Tässä luvussa luodaan lyhyt katsaus Kunta- ja palvelurakennemuutoksen pohjalta käynnistyneen Kysteri- liikelaitoksen ja kunnille jäävien kotihoidon palvelujen kosketuspintaan. Luvussa kuvataan pääpiirteissään myös palvelujen toteuttamismalleja. Säännöllisen kotihoidon ja asumispalvelujen osuutta tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena, jonka jälkeen tarkastellaan palvelujen sisältöjä ja palvelujen piiriin tulemiseen liittyviä tekijöitä. Tuki- palveluja ja omaishoidontukea käsitellään omina kokonaisuuksinaan. Luvussa on nostettu keskeisiksi käsittelyn kohteiksi myös asiakasmaksujen määrittely ja tilastointiin liittyvät tekijät. Luvun lopussa on lyhyt yhteenveto kotihoitopalvelujen nykytilasta.

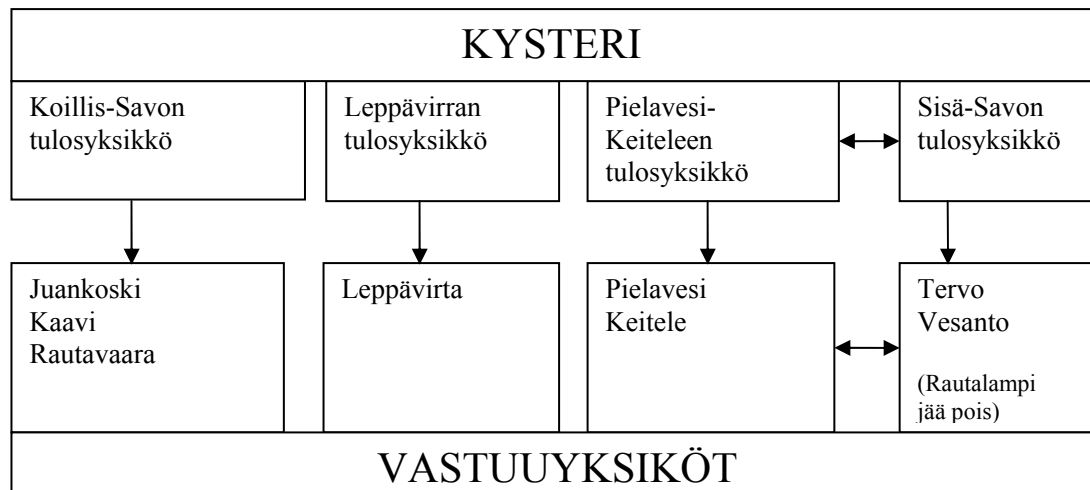
#### 3.1 Kotihoito palvelurakennemuutoksessa

Saavuttaakseen kunta- ja palvelurakennemuutokselle asetetut tavoitteet Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Juankosken, Kaavin, Keiteleen, Leppävirran, Pielaveden, Rautalammin, Rautavaaran, Tervon ja Vesannon kunnat ovat selvittelleet kunta- ja palvelurakennemuutoksen mukaisen väestömäärän täyttävän yhteistyöalueen muodostamista Perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon liikelaitoksen perustamishankkeessa (Kysteri). Liikelaitokseen ovat siirtymässä perusterveydenhuolto ja siihen kiinteästi liittyvä vanhusten laitoshoido. Muut vanhustenhuollon palvelut jäävät kuntien toteutettavaksi.

Useimmat liikelaitosselvittelyssä mukana olevista kunnista ovat mukana myös Joensuun kaupungin hallinnoimassa Vanhusten asumisen uudet ratkaisut ja asumisen varhaisessa tuki-hankkeessa. Hanke on saanut valtionavustusta Kaste-ohjelman kautta Itä- ja Keski-Suomeen (Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo, Etelä-Savo ja Keski-Suomi). Itä- ja Keski-Suomen Kaste- ohjelman aluejohtoryhmän päätösten ja hankesuunnitelman mukaan kaikilla alueen kunnilla on mahdollisuus osallistua hankkeeseen. Hankkeen tavoitteena on tukea alueen kuntia vanhuspalvelujen rakennemuutoksessa kohti ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaisia tavoitteita. Yhdeksi päämääräksi on asetettu, että luodaan vakiintunut yhteistyörakenne kuntien tueksi vanhuspalvelujen kehittämiseen. Hankkeen kautta saadaan aikaan hyvien käytäntöjen vaihtoa ja oppimista eri alueiden välillä. (Vanhusten asumisen uudet ratkaisut ja varhainen tuki-hanke, hankesuunnitelma.)

Perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon liikelaitoksen perustaminen käynnistyi selvittelyvaiheen jälkeen syksyn 2009 aikana. Rautalammin osalta lopullinen päätös Liikelaitokseen liittymisestä jäi tammikuulle 2010, jolloin tehtiin päätös liikelaitoksen ulkopuo-

lelle jäämisestä. Kysteriin liittyvät kunnat muodostavat hajanaisen alueen Kuopion kaupungin ympärillä. Suunnitelmien mukaan kunnista muodostuu toiminnallisia alueita, jotka järjestävät perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalihuollon lähipalvelut alueellaan. Esitän kaavaillut toiminnalliset alueet seuraavan, Kysteri-hankkeen loppuraportista mukaillun kuvion 4 avulla. Raportin kirjoittamisen aikana päätetty Rautalammin jättäytyminen Kysterin ulkopuolelle on johtanut Pielavesi – Keitele – Tervo - Vesanto-toiminnallisen alueen suunnitteluun.



Kuvio 4. *Liikelaitoksen tulosityksiköt* (Mukailtu Kysteri-hankkeen loppuraportista 30.3.2009).

Sosiaalihuollon palveluista kiinteästi perusterveydenhuoltoon liittyväksi palvelumuodoksi on katsottu vanhusten laitoshoidon, jota kaikissa liikelaitokseen tulevissa kunnissa ei ole. Muut vanhusten palvelut jäävät kuntien järjestettäväksi. Muutosprosessissa näyttää monessa kunnassa entiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuudet hajautuvan eri organisaatioihin. Tämä asettaa erityisiä haasteita kehitettäessä saumattomia palveluketjuja. (Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakenne uudistuksesta 2009, 98–99.)

Yhdeksi vanhusten avopalvelujen liikelaitoksen ulkopuolelle jättämisen perusteeksi on nostettu se, että asiakaslähtöisen, kustannustehokkaan ja vertailukelpoisen kotihoidon yhteneväistä sisältöä ei ole selkeästi määritetty. Kotihoidon sisältöä kuvaavat käsitteet merkitsevät eri kunnissa erilaista palvelun sisältöä. Tämä nostettiin esille Paras-hankkeeseen liittyvässä seminaarissa Pielavedellä. Kallinen (18.3.2009) totesi, että sosiaalipuolen vanhuspalveluiden toteuttamistapojen kirjavuudesta ja erilaisista käsitteistä johtuen jo liikelai-

tosmallin suunnittelun alkuvaiheessa vanhustenhuollon avopalvelut rajattiin liikelaitoksen ulkopuolelle.

### 3.2 Kotihoidon palvelujen toteuttaminen

Vanhustenhuollon organisaatiomallit vaihtelivat kuntakoon perusteella. Nykytilan kartoitus osoitti, että eri palveluiden tuottajien tarjoamat palvelut eivät liity yhteen siten, että niistä muodostuisi Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen tavoitteiden ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen suositusten mukainen, asiakkaan kannalta toimiva ja eheä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus. Palvelut olivat pirstaleisia jo kunnan itse tuottamissa palveluissa. Tämä ilmeni siinä, että osassa selvityksen kohteena olleista kunnista vanhustenhuollon palveluja hajautui muilla kuin vanhustenhuollon tulosalueella päätettäviksi ja osin toteutettavaksi. Tällaisia palvelumuotoja olivat asumispalveluiden osalta ostopalvelut, omaishoidontuki ja sosiaalihuoltolain mukaiset kuljetuspalvelut, jotka jakaantuivat joko sosiaalityön tai terveydenhuollon alaisuuteen. Kaikissa toimintamalleissa vanhustenhuollon henkilökunta (yleisimmin vastaava) suoritti palvelutarpeen- ja toimintakyvyn arvioinnin ja tilannekartoituksen sekä järjesti vaadittavat muut toimenpiteet kaikkien palveluiden osalta.

Yleisin organisaatiomalli oli, että kunta toteutti vanhustenhuollon kotipalvelun, tukipalvelut ja asumispalvelun. Terveidenhuollon kuntayhtymä hoiti kotisairaanhoidon ja oli pääasiallinen vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon järjestäjä. Käytännössä palvelut kuitenkin toteutettiin kiinteässä yhteistyössä, erityisesti kotisairaanhoidon osalta. Mukana oli myös perusturvamalli, jossa sosiaali- ja terveyspalvelut olivat yhdessä organisaatiossa. Toiminta perustui aluejakomalliin ja tehtävien jakautuminen oli sujuvaa ja saumatonta. Perinteisessä, eri organisaatioista toteutetussa toimintamallissa kohosi näkyville kotisairaanhoidon ja kotipalvelun tehtävien eriytyminen ja siitä aiheutuva ”kitka” toiminnassa mm. tehtävien rajautumisena työntekijälähtöisesti. Mukana oli myös palvelumalli, jossa kotisairaanhoidon tehtävät olivat rajautuneet pääosin vastaanottotoimintaan ja käyntejä asiakkaiden kotiin tehtiin hyvin vähän. Lääkejako toteutettiin terveyskeskuksissa kotipalvelun henkilökunnan taholta joko asiakkaiden kotona tai kotipalvelun tiloissa tai lääkejako ostettiin apteekkeilta.

Pienissä kunnissa yksi vanhustenhuollosta vastaava viranhaltija vastasi kaikista vanhustenhuollon palveluista. Suuremmissa kunnissa vastuualueita oli jaettu osiin niin, että laitoshoidosta, kotihoidosta (kotiin annettavat palvelut) ja asumispalveluista vastasivat eri viran-



haltijat. Asumispalvelut olivat joissakin kunnissa jaettu vielä kahtia siten, että sosiaalijohdaja teki vanhustenhuollon työntekijöiden arvioinnin perusteella päätökset ostopalveluun sijoitettavista asiakkaista, kunnan itse tuottamista palveluista päätti vanhustyön vastaava viranhaltija. Yleisimmin omaishoidontuki ja sosiaalihuoltolainmukaiset kuljetuspalvelut sijoittuivat vanhustenhuollosta vastaavan viranhaltijan päätettäväksi.

Kunnan ja kuntayhtymän (kotisairaanhoidon) yhteistyönä tuottamia kotihoidon palveluja täydennettiin ostopalveluilla, erityisesti sotainvalidien palveluiden, siivouspalvelujen ja muiden tukipalvelujen osalta. Useissa kunnissa siivouspalvelut olivat karsittu kunnan palveluista niin, että kunta ei ollut edes palvelun järjestäjänä, vaan palvelun hankkiminen oli asiakkaan omalla vastuulla. Joissakin kunnissa asiakasta autettiin hankkimaan haluamansa palvelu. Näin meneteltiin osin myös vaatehuollon palveluissa, joita toteutettiin kaiken kaikkiaan hyvin monimuotoisesti; oli oma pesula ja konepesijä vanhustenhuollossa tai pesulapalvelua kuntien omana toimintana kotipalvelun hoitotyöntekijöiden toimesta. Vaatehuoltopalvelua myös ostettiin joko työosuuskunnilta, työpajoilta tai yksityisiltä yrittäjiltä.

Myös ruokahuollon toteutus oli monimuotoista ja sitä toteutettiin joko sisäisenä ostopalveluna, ostamalla kuntayhtymiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Joissakin kunnissa osa palveluista ostettiin joltakin edellä mainitulta taholta ja osa tuotettiin vanhustenhuollossa. Organisaatorakenteissa ruokahuolto sijoittui laitoshoidon, asumispalvelujen tai keskushallinnon tulosityksikköön. Ruokaa toimitettiin ko. yksiköiden keittiöistä myös erillään oleviin palvelutaloihin. Aterioiden jakamisesta kotiin huolehtivat joko vanhustenhuollon hoitajat, vanhustenhuollon emäntä tai yksityisiltä palveluntuottajilta ostetut ruoan jakajat. Muutamissa kunnissa vanhustenhuollossa oli oma auto tai autoja, joita käytettiin mm. ruokien jakamisessa.

Yleensä kuntien vanhustenhuollon eri toiminta- tai tulosityksiköissä oli kiinteä henkilöstö, joskin työnkiertoa toteutettiin jonkin verran yksiköiden välillä. Yhdessä kunnassa vanhustenhuollon henkilöstön toimialueena oli koko vanhustenhuollon toimintakenttä (avo- ja laitushoito). Vaikka jokaiseen tulosityksikköön oli nimetty vastuuryhmät, henkilöstö oli joustavasti siirrettävissä eri tulosityksiköiden välillä asiakkaiden hoitoisuuden ja asiakasmäärän vaihteluiden mukaisesti. Vanhustenhuollon henkilökunta koostui kaikissa kunnissa pääosin sairaanhoitajista, perushoitajista, lähihoitajista ja kodinhoitajista. Joissakin kunnissa oli hoitotyössä myös hoitoapulaisia ja kotiavustajia, toisissa koko henkilöstöllä oli laki- ja asetusten mukainen koulutus (myös vakituisilla sijaisilla, joita oli varahenkilöstönä).

Henkilöstön koulutustason nostaminen oli asetettu lähiajan tavoitteeksi kunnissa, joissa hoitohenkilöstöä oli vielä kotiavustajan tai hoitoapulaisen vakanssilla. Useammissa kunnissa oli panostettu kuntouttavaan ja asiakkaan omatoimisuutta tukevaan toimintamalliin palkkaamalla kuntohoitajia tai fysioterapeutteja sekä kouluttamalla hoitohenkilöstöä.

Väestörakenteeltaan kunnat olivat hyvin samankaltaisia, kaikissa kunnissa väestöstä yli 10 % on 75 vuotta täyttäneitä. Väestöennusteen mukaan Pohjois-Savon alueella 65–74-vuotiaiden ikäluokka kasvaa voimakkaasti vuoteen 2020 saakka, ikäluokka 75–84 vuoteen 2030 saakka, josta alkaa yli 85-vuotiaiden ikäluokkiin kuuluvien määrän voimakas kasvu (Tilastokeskus 2008.) Kaikissa kunnissa ikääntyneitä asuu omissa kodeissaan taajama-alueen ulkopuolella pitkien välimatkojen päässä.

### 3.2.1 Säännöllinen kotihoito ja asumispalvelut

Taululukossa 2 on kuntakohtaisesti koko väestön määrä ja yli 75-vuotiaiden asukkaiden määrä 2008 vuoden lopusta sekä kotihoidon piirissä olleiden asiakkaiden lukumäärä. Taulukkoon on lisätty jokaisen kunnan kohdalle Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukainen säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaiden asiakkaiden määrä.

Taulukko 2. *Koko väestön ja yli 75-vuotiaiden asukkaiden määrät kunnittain sekä kotihoidon palvelujen asiakasmääriä kunnittain.* (mukailtu Tilastokeskuksen ja kuntien toimintatilastoista 2008).

Kunta	asukasluku 31.12.2008	yli 75 v.	Kotih.piiressä 30.11.2008 asiakkaita yhteensä	sään.kotih. yli 75 v. asiakkaat 30.11.2008	Suosituksen mukainen säännöllisen kotihoidon yli 75 v. asiakkaiden määrä (13–14 %)	tukipalvelu asiakkaat 2008	säännöllisen kotihoidon asiakkaita %:a 75 vuotiaista
Juankoski	5375	582	156	81	75–81	*88	13,91
Kaavi	3460	428	121	68	55–60	230	15,88
Keitele	2620	340	80	42	44–48	126	12,35
Leppävirta	10 756	1109	169	73	144–155	*386	6,58
Pielavesi	5251	762	170	68	99–106	177	8,92
Rautalampi	3542	501	194	117	65–70	*90	23,35
Rautavaara	1950	272	74	29	35–38	88	27,2
Tervo	1750	246	99	67	31–34	96?	27,23
Vesanto	2437	376	58	25	48–52	97	6,65

\* = vuoden 2007 lukuja

Taulukosta on luettavissa, että viidessä kunnassa ollaan säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaiden asiakkaiden osalta suosituksen mukaisissa tai suositukset ylittävissä asiakas

määrissä, yksi kunta on lähes suositusten mukaisessa mitoituksessa ja kolmessa kunnassa jäädään selkeästi suositusten alapuolelle.

Tarkasteltaessa kotihoidon asiakkuuksia seuraavassa taulukossa 3 esitettyjen käyntikertojen perusteella nähdään, että asiakkaiden hoitoisuuden aste vaihtelee kunnittain. Kaavilla, Keiteleellä, Leppävirralla ja Rautavaaralla käynnit painottuvat paljon apua tarvitseville asiakkaille, kun taas Juankoskella ja Rautalammilla selkeä painopiste on vähemmän apua tarvitsevilla asiakkailla. Verrattaessa taulukon 3 asiakasmääriä taulukossa 2 esitettyihin säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden määriin luvut eivät ole yhtäpitäviä. Tämä herättää kysymyksiä tilastoihin ilmoitettujen tietojen yhtenäisyydestä ja tietojen keräämisen menetelmistä. Kaikki asiakkaat tai asiakkaiden käyntikerrat eivät tilastoidu säännönmukaisesti ja samalla tavalla.

Taulukko 3. *Säännöllisen kotihoidon asiakkaat käyntimäärän ja kotikunnan mukaan 30.11.2008.* (Tilastokeskus, Kotihoidon laskenta 30.11.2008, mukailtu versio).

<b>Kunta</b>	käyntejä/kk 1-3 (%)	Käyntejä/kk 4-8 (%)	Käyntejä/kk 9-16 (%)	käyntejä/kk 17-20 (%)	käyntejä/kk 21-40 (%)	Käyntejä/kk 41- (%)
Juankoski	38 (29,7)	35 (27,3)	9 (7,0)	6 (4,7)	21 (16,4)	19 (14,8)
Kaavi	- (-)	4 (5,3)	2 (2,6)	2 (2,6)	10 (13,2)	58 (76,3)
Keitele	1 (1,7)	5 (8,5)	3 (5,1)	1 (1,7)	15 (25,4)	34 (57,6)
Leppävirta	6 (5,8)	10 (9,7)	8 (7,8)	2 (1,9)	17 (16,5)	60 (58,3)
Pielavesi	9 (9,8)	17 (18,5)	14 (15,2)	2 (2,2)	13 (14,1)	37 (40,2)
Rautalampi	72 (47,7)	19 (12,6)	8 (5,3)	- (-)	22 (14,6)	30 (19,9)
Rautavaara	3 (7,0)	12 (27,9)	1 (2,3)	- (-9)	8 (18,6)	19 (44,2)
Tervo	21 (26,3)	14 (17,5)	6 (7,5)	2 (2,5)	11 (13,8)	26 (32,5)
Vesanto	3 (7,5)	8 (20)	2 (5,0)	- (-)	10 (25,0)	17 (42,5)

Asumispalvelujen toteuttamismuodot olivat kunnissa hyvin samankaltaisia. Kunnat tuottivat palvelua joko omistamissaan kiinteistöissä tai esimerkiksi vanhusten tukiyhdistysten tiloissa. Asumispalveluksi luokiteltiin palvelutalo-asuminen järjestetyllä yöhoidolla ja tehostettu palveluasuminen, jolloin yksikössä oli hoitaja paikalla ympärivuorokautisesti. Asumispalveluksi luokiteltiin myös asuminen vanhustentaloissa tai palvelutaloissa, joihin ei sisältynyt ympärivuorokautista hoivaa. Lisäksi kaikki kunnat käyttivät ostopalveluja.

Asumispalveluun pääsemisen kriteerit ja niiden käyttäminen vaihtelivat kunnittain. Kaikissa kunnissa toimintakyvyn arviointiin sisältyi Rava-mittariston käyttäminen (joissakin ainoana mittarina). Useissa kunnissa käytettiin lisäksi joitakin täydentäviä mittausmenetelmiä mm. MMSE, ADL (ks. Hyttinen) ja tilannekohtaista kartoitusta. Sijoituksia käsiteltiin poikkeuksetta SAS-ryhmässä (sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillinen työryhmä).

Toimintakyvyn arviointeja suorittivat kotihoidon johtajat, palveluohjaajat tai kotisairaanhoidon henkilöstö. Yhteistyö vanhustentukiyhdistysten kanssa oli tiivistä ja asukasvalintoja suunniteltiin yhdessä jopa niin, että tukiyhdistys oli delegoinut valinnat vanhustenhuollon ja SAS-ryhmän toteutettavaksi. Viimevuosina kunnissa on kasvavassa määrin otettu käyttöön vanhusten perhehoito, johon sijoitettiin yksilöllisten tarpeiden perusteella esimerkiksi silloin, kun asiakas ei sopeutunut asumaan suuremmassa asumisyksikössä. Useissa kunnissa vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa on huomattavasti suosituksia enemmän asiakkaita. Seuraavassa taulukossa 4 kuvataan kuntien sosiaalitoimen järjestämän laitoshoidon ja asumispalveluiden asiakasmääriä vuodelta 2008.

Taulukko 4. *Tehostetun asumispalvelun ja laitoshoidon asiakkaat 2008.* (Tilastoraportti 16/2009, mukailtu)

1=Laitos 2 = Tehostettu asumispalvelu		Yhteensä		Kunta + Kuntayhtymä		Yksityinen -		75 v. täytt. asiakkaat	75 v. täytt. asiakkaat
	Kaikki asiakkaat	1	2	1	2	1	2	1	2
Juankoski	23	16	7	16	4	-	3	11	6
Kaavi	36	-	36	-	32	-	4	-	32
Keitele	21	17	4	17	-	-	4	15	4
Leppävirta	73	1	72	-	60	1	12	1	61
Pielavesi	59	39	20	39	14	-	6	32	16
Rautalampi	51	-	51	-	26	-	25	-	45
Rautavaara	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tervo	24	15	9	15	9	-	-	12	9
Vesanto	60	18	42	18	34	-	8	17	33

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen palvelurakenneindikaattoreissa (2008, 45) esitetään suosituksenmukaiset tehostetun asumispalvelun ja laitoshoidon paikkamäärät suhteutettuna 75 vuotta täyttäneisiin kuntalaisiin. Taulukossa 5 esitetään kunnissa olevat pitkäaikaisen laitoshoidon ja tehostetun asumispalvelun paikkamäärät sekä valtakunnallisten suositusten mukaiset paikkamäärät. Tiedot nykyisistä paikkaluvuista on kerätty kuntien toimintakertomuksista ja täydennetty kyselemällä. Terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaispaikkamäärät jäivät tähdellä merkityistä kunnista selvittämättä ja taulukkoon on merkitty terveyskeskuksen vuodepaikkojen kokonaismäärä.

Taulukko 5. *Palveluasumis-, asumispalvelu- ja pitkäaikaishoidon laitospaikat kunnittain, laitospaikkasuositus suhteutettuna yli 75. asukkaita kohti*

Kunta	palveluasumi- nen (mm.vanhuste- n rivitalot)	asumispalvelu (mm. palvelu- talo)	tehostettu asumispalvelu (ympäri vuorok. hoito) omat ostp.		suositus tehostettu- asumispalvelu yli 75v.	sosiaali- toimen järjestämä laitoshoido	pitkäaikaishoi- to/terveyskeskus	*suositus pitkä- aik..laitos hoito
Juankoski		35	24		29–34	-	18	17
Kaavi	39		36+3	7	21–25	-	-	13
Keitele	68	13	8	12	17–20	14	13	10
Leppävirta	4 (ryhmäas)	44	16	11	55–66	-	100	36
Pielavesi	174		28	5	38–45	40	40*	20
Rautalampi			27		38–45	-	-	15
Rautavaara			18+2	9	13–16	-	20	8
Tervo			12		12–14	14	-	7
Vesanto		9	32+3	11	19–22	20	-	10

\* = Sosiaali- ja terveydenhuollon pitkäaikaishoidon laitospaikkamääräsuositus yhteensä

- = pitkäaikaishoidon paikkoja ei ole

Tyhjä = tietoa ei saatu

Verrattaessa asumispalveluiden piirissä olevien asukkaiden määrän vaikutusta kotihoidon piirissä olleiden asiakkaiden määrään (taulukko 4) voidaan esimerkiksi Kaavilla, jossa vanhuksia ei ollut sijoitettuna pitkäaikaishoidon laitoshoidon, nähdä kotihoidon säännöllisten asiakkaiden määrä vähän suosituksia suurempana. Asiakkaiden hoitoisuus kotihoidossa painottuu voimakkaasti paljon apua tarvitseviin (taulukko 5). Vesannolla sen sijaan on asumispalvelu- ja laitoshoidon paikkoja huomattavasti suosituksia enemmän ja säännöllisen kotihoidon asiakkaita huomattavasti suosituksen mukaisia määriä vähemmän. Myös Pielavedellä on asumispalvelupaikkoja sekä terveyskeskuksessa pitkäaikaishoidon paikkoja yhteensä huomattavasti suosituksia enemmän, kun taas kotihoidossa jäädään huomattavasti suosituksia pienempiin asiakasmääriin. Rautalampi on selkeästi poikkeava säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoitoisuuden suhteen. Käynneistä 47.7 % painottuu alimmassa hoitoisuusluokassa oleville.

Juankoskella vanhainkodin lakkauttamisen yhteydessä 2009 on 16 pitkäaikaishoidettavaa asukasta siirretty tehostetun asumispalvelun piiriin. Palveluasuntoja on 29, mutta paikkaluku lisääntyy 35:een kaupungin terveyskeskuksen remontin valmistuttua (osa vuodeosaston potilaista (18) on tilapäisesti sijoitettu tehostetun asumispalvelun piiriin). Terveyskeskusremontti on suunniteltu valmistuvaksi vuoden 2010 loppuun mennessä ja terveyskeskuksesta tulee ns. täydenpalvelun terveyskeskus, jossa on vastaanottotoiminta ja vuodeosastohoito. Asumispalvelumuotojen selvitys osoitti, että tehostetun ja muun asumispalvelun välinen raja ei aina ole yksiselitteinen. Kunnissa on yksiköitä, joissa yöhoitoa saa tarvitse-

mansa määrän joko hälytyspainikkeella tai sovituin käynnein, vaikka yksikköä ei ole luokiteltu tehostetun asumispalvelun yksiköksi. Yöhoitajan käynnit olivat järjestetty joko viereisestä yksiköstä, yöpartiomuotoisesti tai ostopalveluna yksityiseltä yrittäjältä. Kuvatuista käytännöistä johtuen palvelumuotojen tilastoiminen ei ollut kuntien välillä vertailukelpoista, mm. osa asumispalveluun sisältyvästä hoidosta tilastoitui säännöllisen kotihoidon palveluiksi ja käyntikerroiksi.

Kotihoidon ja asumispalvelujen tilastointitavat eivät olleet yhtenäisiä. Tämä näkyi tilastotietojen vertailussa ristiriitaisuuksina. Erityisesti tämä tuli esille kotipalvelun ja tukipalveluiden tilastoinnissa, koska palveluiden sisältö ja luokittelu vaihtelivat kunnittain. Sama käyntikerta saattoi sisältää sekä tukipalvelua (asiointi) että hoivapalvelua ja sama asiakas tilastoitui palvelunkäyttäjäksi molempiin tilastoihin. Käyntikertoja tilastoitaessa ongelmaksi muodostuivat kuntien erilaiset käytännöt käyntien määrittämisessä.

Taulukossa 6 esitetään kuntien laitoshoidon ja asumispalveluiden kustannuksia vuodelta 2007 eivätkä ne näin ollen antaneet täyttä kuvaa nykyisestä tilanteesta. Selvyyden vuoksi kustannuksia kuvaavaan taulukkoon on otettu myös kyseisen vuoden asukasluvut. Taulukosta on havaittavissa, että kunnissa, joissa ei ollut sosiaalitoimen alaista laitoshoidoa, kustannukset eivät lisääntyneet merkittävästi kotihoidon osalla. Sen sijaan muut vanhusten ja vammaisten palvelut €/asukas ovat selkeästi korkeammat. Tilastoista ei näy, mistä nämä kustannukset koostuvat, mutta osa kustannuksista muodostuneen ostettavista asumispalveluista, omaishoidontuesta ja kuljetuspalveluista, jotka joissain kunnissa sijoittuivat sosiaalityön tulosalueelle, sekä erikoissairaanhoidosta.

Taulukko 6. *Kuntien järjestämän kotihoidon ja laitoshoidon kustannukset €/asukas 2008.* (Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilasto 2008, mukailtu).

Kunta	laitshoito €/asukas	Kotihoito €/asukas	Muut vanhusten ja vammaisten palvelut €/asukas
Juankoski	169	130	431
Kaavi	-	119	665
Keitele	207	204	269
Leppävirta	-	129	308
Pielavesi	232	132	427
Rautalampi	4	177	666
Rautavaara	-	186	628
Tervo	306	115	382

### 3.2.2. Palvelujen sisältö ja palvelun piiriin tuleminen

Kotihoitopalvelujen sisällöissä ja avun piiriin pääsemisessä oli niin suuria eroja, että asiakkaiden yhdenvertaisuuden periaate (Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21) ei kuntien välisessä vertailussa toteutunut. Niukimmillaan annettiin ainoastaan asiakkaan tarvitsemaa perushoitoa, silloin kun tarve oli säännöllistä. Osa kunnista oli sisällyttänyt lähes kaiken asiakkaan tarvitseman hoidon säännölliseen kotipalveluun. Toisissa kunnissa osa palveluista oli eritelty tukipalveluiksi (esimerkiksi kylvytys), joita ei ollut mahdollista saada, ellei avuntarve kohdistunut myös muuhun henkilökohtaiseen hoivaan. Yhdessä toimintamallissa asiakkaan tarvitsema yöhoito oli määritelty tukipalveluksi ja asiakas maksoi palvelusta erikseen päätetyn kuukausimaksun. Yökäyntejä asiakkaiden kotiin ei kaikissa kunnissa ollut saatavilla. Eroavaisuutta oli myös palvelujen saamisen suhteen siinä, kuuluiiko asiakas palveluasumisen piiriin luokiteltuun asumismuotoon vai ei. Esimerkiksi kylvetystä järjestettiin vanhustentaloilla ja palvelutaloilla, mutta ei muualla kodeissa asuville.

Syrjäseutujen asiakkaille päivittäisiä palveluja järjestettiin vaihtelevasti joko ostopalveluna yksityiseltä yrittäjältä (palveluseteli) tai kunnan omana työnä. Kaikki kunnat pyrkivät järjestämään yhden päivittäisen käynnin pitkien matkojen päässä asuville, mutta useampiin käynteihin ei yleensä ollut mahdollisuutta. Jotkut kunnat käyttivät hyväkseen yksityisten yrittäjien lisäksi kylillä asuvia vapaaehtoisia toimijoita tai asiakkaan läheisiä ja maksoivat pientä palkkiota siitä, että nämä kävivät kotipalvelua täydentävästi esimerkiksi huolehtimassa uunin pellit kiinni, tarkistamassa ruokailun ja antamassa lääkkeitä.

Kotihoitopalvelujen piiriin pääsemisen kriteerit ja käytetyt arviointimenetelmät vaihtelivat suuresti. Joissakin kunnissa oli lähdetty liikkeelle siitä, kenelle palvelua ei anneta. Rajauksena olivat esimerkiksi, että palveluja ei myönnetä alle 75-vuotiaille tai pelkkää lääkehuoltoa, kylvetystä ja asiointiapua tarvitseville. Myös puunkanto- ja uuninlämmitysapua tai yleensä kodinhoidollisia tehtäviä tarvitsevat oli rajattu palvelujen ulkopuolelle. Palvelutarpeen- ja toimintakyvyn arvioinnissa käytettiin yleisimmin Rava-pisteytystä. Avunantamisen rajana oli useassa kunnassa 1,5 pistettä. Tässäkin oli palvelukohtaisia eroja. Rava-arvioinnin lisäksi joissakin kunnissa käytettiin kotikäynnin yhteydessä yksilöllisesti tehtyä arviointia periaatteella, jos tarvitsee palvelua selviytyäkseen kotona, sitä annetaan. Joidenkin kuntien käyttäminä arviointimenetelminä olivat myös älyllisen toimintakyvyn muutok-

sia mittaava MMSE-mittari, (Mini Mental Status Examination) sekä ADL- mittari (Activities of Daily Living) (Hytinen 2006.), jolla arvioidaan päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä eli kykyä peseytyä, syödä, pukeutua, käydä wc:ssä ym.

Kahdessa kunnassa oli otettu käyttöön toimintakyvyn arviointiin kehitetyt (molemmissa erilaiset), tietokonepohjaiset arviointimenetelmät, jotka laskivat asiakkaan hoitoisuuden ja samalla osoittivat oikeuden palveluiden piiriin pääsemiselle. Arviointimenetelmillä oli pisteytetty oikeus asumispalveluiden-, omaishoidontuen- ja kotipalvelunpiiriin pääsemiselle siten, että asiakkaat olivat yhdenvertaisessa asemassa läpi vuoden.

Ehkäisevien toimintamuotojen käyttämiseen oltiin useissa kunnissa vasta panostamassa, osassa toiminta oli järjestelmällistä ja henkilöstöä koulutettiin mittavasti. Palveluohjaus teki vasta tulooan kuntien palvelutoimintaan. Joissakin kunnissa sitä toteutettiin epävirallisesti, yleensä kotihoidosta vastaavan toimesta. Yhdessä kunnassa toiminta oli hyvin pitkälle kehitettyä ja monipuolista, vaikka sitä ei ollut virallisesti määritelty kotihoidon palveluihin. Kunnassa oli yhteistyökumppaneina ja joidenkin palveluiden toteuttajina järjestöjä ja vapaaehtoisia toimijoita. Kotihoidon johtaja toteutti palveluohjausta ja toimi koordinaattorina ja kouluttajana eri palveluntuottajien tarjoamien palveluiden yhteensovittamisessa. Palveluohjaus sisälsi myös tiedottajan roolin sekä asiakkaisiin että toiminnassa mukana oleviin yhteistyötahoihin nähden. Palveluohjauksen avulla koordinoituna kunnassa oli järjestetty mm. kolmannen sektorin kautta omaishoitajille työnohjausta. Pienissä kunnissa kolmannen sektorin mukaan tulemistä rajoittivat toimijoiden puute ja ikääntyminen. Kaikissa kunnissa kunnan järjestämät palvelut täydentyivät kolmannen sektorin palveluilla ja tehokkaalla suunnittelulla.

Ehkäiseviä kotikäyntejä toteutettiin yleisimmin säännönmukaisesti tietyille ikäryhmälle. Sekä palveluohjauksen että ehkäisevien kotikäyntien osalta oli kirjavuutta siinä, kuka käynnin toteuttaa. Useassa kunnassa käynti tehtiin kotisairaanhoidon toimesta ja koettiin, ettei tieto tarvittavan sosiaalipalvelun tarpeesta ja asiakkaan olosuhteista aina välittynyt kotipalvelulle. Myös toimivia yhteistyömalleja oli, jopa niin, että asiakkaalle lähetettiin esitietolomake kotiin. Lomakkeessa asiakas sai ilmaista, haluaako sosiaali- vai terveydenhuollon henkilön tekemän kotikäynnin. Kaikki asiakkaiden luokse tehdyt käynnit käytiin yhdessä läpi. Ehkäiseviä työmuotoja oli myös kytketty osaksi yksityisen yrittäjän toimintaa (siivouspalvelu) siten, että asiakkaan suostumuksella yrittäjä otti yhteyttä kunnan kotihoitoon ja ilmaisi palvelutarpeen, jonka jälkeen tehtiin ehkäisevä kotikäynti.



### 3.2.3 Tukipalvelut ja omaishoidontuki

**Tukipalveluista** Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee, että *”Tukipalveluilla täydennetään kotipalvelun antamaa henkilökohtaista huolenpitoa. Tukipalvelut ovat monesti ensimmäisiä palveluja, joita asiakas tarvitsee itsenäisen asumisensa tueksi.”* (Tukipalvelut kotipalvelulle 2009.) Yhdenvertaisuuslaki (2004/21) velvoittaa kohtelevaan asiakkaita palvelujen saamisen suhteen yhdenvertaisesti. Tämä lainkohta ei kuntien välisessä vertailussa tukipalvelujen osalta toteutunut. Niukimmillaan tarjottiin ateria- ja turvapuhelinpalvelua. Turvapalvelu sisälsi yleisimmin ainoastaan turvapuhelimen ja siihen liittyvät hälytyskäynnit. Parhaimmillaan turvapalvelu sisälsi erilaisia turvalaitteita (ovihälyttimiä, palo- ja savuhälyttimiä), turvakäyntejä ja -soittoja joko päivittäin tai harvemmin toteutettuna.

Sisällöllisesti turvapalveluissa toimintamalleina olivat kokonaan kunnan toteuttama palvelu, jossa kunta oli myös puhelimen vuokraaja, ja käytäntö, jossa kunta oli ainoastaan palvelun järjestäjänä, ja asiakas puhelimen vuokraajana maksaen vuokran suoraan vuokraajalle. Tällöin kunta laskutti asiakasta palvelun järjestämisestä ja erikseen hälytyskäynneistä ja laitteiden asentamisesta. Kolmantena oli malli, jossa koko turvapuhelinpalvelu oli kokonaan ulkoistettu, mutta kunta toimi palvelun järjestäjänä. Lisäksi oli erilaisia yhdistelmäratkaisuja, esimerkiksi malli, jossa puhelimen vuokraajana oli vanhusten tukiyhdistys. Toimintamallissa asiakas maksoi turvapalvelunsa toteuttamisesta kolmelle eri taholle, tukiyhdistykselle, vuokraajalle ja kunnalle. Hälytysten vastaanotto tapahtui joko kunnassa ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä tai turvahälytysten vastaanottokeskuksissa, jotka ottavat hälytyksiä vastaan koko maasta ympäri vuorokauden puhelimenvuokraajan palveluna, esimerkiksi Helsingissä, josta yhteys otettiin sovitulle taholle kunnan kotihoitoon, yöpartioon, ensivasteyksikköön, takseille tai jollekin muulle sovitulle taholle. Turvapuhelinpalvelua tarjottiin myös asiakkaan omaan kännykkään siten, että hälytykset ohjelmoitiin kunnan turvapuhelinjärjestelmään, jolloin asiakkaalta laskutettiin pieni korvaus (2 €/kk) palvelun piirissä olemisesta.

Ateriapalveluissa asiakkaiden saama palvelu oli hyvin yhdenmukaista, kotiin kuljetettiin pääsääntöisesti yksi lämmin ateria/vrk (joissakin kunnissa oli mahdollisuus kahteenkin ateriaan). Asumispalveluiden piirissä asiakkaalla oli mahdollisuus ostaa joko kaikki tarvitsemansa ateriat (ateriapaketti) tai valita haluamansa ateriat. Eniten eroavaisuuksia oli aterioista määräytyvissä maksuissa, josta tarkemmin asiakasmaksujen käsittelyn yhteydessä.

Useimmissa kunnissa oli kuitenkin käytössä useampia kotipalvelua täydentäviä tukipalveluja, vaikka palvelujen tarjonnassa oli suuria eroja. Yleisimmät tukipalvelut olivat sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu, vaatehuolto-, kylvetys- ja asiointipalvelu. Sosiaalihuoltolain ”henki” on, että asiakas saisi myös tarvitsemansa kodinhoidon palvelut. Tämä ei palvelutarjonnassa kokonaan toteutunut. Nihkeimmin annettiin siivouspalvelua, vaikka sosiaalihuoltolain 20 §:n mukaan kotipalvelu sisältää sekä asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon ja muuhun arkielämään kuuluvia tehtäviä ja/tai niissä avustamista. SHL, 20 §. Siivous oli pääsääntöisesti siirtynyt yksityisiltä ostettavaksi palveluksi. Osa kunnista kuitenkin toteutti siivouspalvelua jostakin perustellusta syystä pienelle joukolle asiakkaita (esimerkiksi vähävaraisille asiakkaille tai aikaisemmin siivouspalvelun piiriin tulleille asiakkaille.). Osin oltiin siirtymävaiheessa ja kunnassa oli vielä joitakin asiakkaita, joille siivottiin.

Yleisesti kuntien käytäntönä oli, että asumispalveluiden piirissä oleville asiakkaille siivotaan, vaikka myös he asuvat asunnossaan vuokrasuhteessa. Joissakin kunnissa asumispalvelun asukkaat ja kotipalvelun asiakkaat olivat samanarvoisessa asemassa eli ostivat tarvitsemansa siivouksen yksityisiltä yrittäjiltä. Kaikissa kunnissa päämääränä oli, että kotipalvelun entisten asiakkaiden jäätyä pois palvelun piiristä siivouspalvelusta luovutaan.

Osassa kunnista vaadittiin sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun myöntämistä varten lääkärinlausunto, jolloin pääasialliseksi myöntämisperusteeksi muodostui asiakkaan terveydentila. Toisissa kunnissa sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalveluiden myöntämisperusteissa oli erikseen mainittu, että ne ovat tarkoitettut henkilöille, jotka eivät terveydentilansa perusteella ole oikeutettuja vammaispalvelulain mukaiseen kuljetuspalveluun, jolloin myöntämisperusteet olivat laaja-alaisempia ja vaikuttaviksi tekijöiksi muodostuivat esimerkiksi asiakkaan maksukyky, osallisuuden tukeminen ja muut elinolosuhteisiin vaikuttavat tekijät, joita ei määritellä lääkärin lausunnossa. Kuljetuspalvelun tavoitteeksi oli kirjattu mm. tarkoitus tukea ensisijaisesti ikääntyneen itsenäisen elämisen mahdollisuuksia kotona sekä vahvistaa pitkäaikaishoidossa olevien ihmisten sosiaalisten verkostojen säilymistä. Toisissa kunnissa pitkäaikaishoidossa olevalla ei ollut oikeutta sosiaalihuoltolain mukaiseen kuljetuspalveluun.

Kuljetuspalvelun saamiseksi asetetut tulo- ja varallisuusrajat erosivat huomattavasti. Pienimmät tulorajat olivat hyvin alhaisia, esimerkkinä tulot yhdellä henkilöllä 870 €/kk ja avioparilla yhteensä 1030 €/kk, suurimmillaan tulorajat olivat yhdellä henkilöllä 1230 €/kk

ja kahdella 2055 €/kk. Myös omaisuuden huomioonottaminen vaihteli suuresti, määritelmästä; omaisuus ja talletukset vähäiset, tarkasti määritellyyn talletusten ylärajaan; 6000 euroa yhdellä henkilöllä, 8000 euroa kahdella henkilöllä. Myös muun omaisuuden huomioonottaminen vaihteli kunnittain. Kuljetuskertoja myönnettiin minimissään kaksi edestakaista matkaa kuukaudessa, maksimissaan 12 yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa. Sosiaalihuoltolainmukaista kuljetuspalvelua ei järjestetty kaikissa kunnissa.

Useimmissa kunnissa oli järjestetty päiväkeskustoimintaa palvelukeskuksissa tai asumis- palveluyksiköissä. Parhaimmillaan toimintaa oli järjestetty myös syrjäseuduilla asuville, esimerkiksi kyläkouluilla, joko kunnan omana toimintana tai yhteistyössä naapurikunnan kanssa. Kaikissa kunnissa ei kuitenkaan ollut kunnan järjestämää päiväkeskustoimintaa, vaan erilaiset järjestöjen tuottamat palvelut. Esimerkiksi mummon kammari ja seurakuntien virkistyskerhot ja vapaaehtoistoiminnot täydensivät kunnan tuottamia palveluja.

**Omaishoidontuen** myöntämiskriteerit ja arviointimenetelmät vaihtelivat kunnittain kuitenkin siten, että Rava-pisteytystä käytettiin ainakin yhtenä osana arviointia kaikissa kunnissa. Pisteraja tuen saamiseksi vaihteli 1,5- 2,5:een välillä. Pisteytyksellä oli määritelty myös maksuluokkia esimerkiksi siten, että alimpaan oli oikeutettu 2,00–2,99 Rava-pisteellä, toiseen 3,00–3,49 pisteellä ja ylimpään 3,5–4,00 pisteellä. Osassa kunnista käytettiin laajempaa arviointimenetelmää (ks. luku kotihoidon piiriin pääsemisen kriteerit) ja yhdessä oli määritelty maksuluokkiin vaikuttava pisteytys myös MMSE-testituloksille. Myös omaishoidontuen maksuluokissa oli suuria vaihteluja.

Omaishoitajan sopivuutta kartoitettiin pääasiassa henkilökohtaisessa kontaktissa siten, että huomioitiin terveydentilaan liittyvät tekijät ja elinolosuhteiden vaikutus mahdollisuuteen asettua omaishoitajaksi. Joissakin kunnissa kiinnitettiin huomiota mm. siihen, että iäkäs aviopuoliso hoitaa puolisoaan joka tapauksessa, saipa siihen hoitopalkkiota tai ei. Käytössä oli myös erillinen lomakkeisto hoitajan sopivuuden arviointiin. Koska omaishoidontuki on määrärahasidonnainen palvelu, joissakin kunnissa hakijat oli asetettu pisteytyksen mukaiseen järjestykseen siten, että tukea myönnettiin määrärahan puitteissa. Rahan loputtua tukea jonotettiin pisteiden mukaisessa järjestyksessä. Toisissa kunnissa hoitoisuusaste (pistemäärä), jolla tuen saa, oli määritelty ja kaikki rajan saavuttaneet saivat tuen tasaisesti läpi vuoden. Myöntämiskäytäntö vaihteli myös tilanteessa, jossa asiakkaalle oli myönnetty vammaispalvelulain nojalla henkilökohtainen avustaja, osa kunnista myönsi omaishoidontukea, osa ei. Kriteerinä omaishoidontuen myöntämiselle käytettiin myös sitä,

että ilman tukea asiakas joutuisi tehostettuun asumispalveluun tai laitoshoitoon. Tuen avulla mahdollistettiin omaisen kotona oleminen siten, että hoito onnistui henkilökohtaisen avustajan ja omaishoitajan yhteistyöllä.

### 3.2.4 Asiakasmaksujen määrittely ja palvelujen tilastointi

**Asiakasmaksujen** määrittelyssä oli kuntien välisessä vertailussa erityisen suuret eroavaisuudet. Avopalveluissa asiakasmaksu määräytyy tulojen ja joko käytetyn ajan tai käyntikertojen/käyntipäivien perusteella valtakunnallisen kotihoidon maksutaulukon mukaisesti. (L sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/1648.) Maksutaulukko jättää kuitenkin kunnille mahdollisuuden itsenäiseen maksujen määrittelyyn, koska taulukossa on asetettu ainoastaan tuloajat ja ylin mahdollinen perittävä maksuprosentti.

Kunnat olivat hinnoitelleet maksuluokat yleensä siten, että ensimmäinen maksuluokka oli alle viidestä hoitotunnista tai 1-5 käyntikerrasta kuukaudessa, jolloin alintaan maksua perittiin 2,5 % maksutaulukon mukaan määräytyvistä tuloista, korkeintaan 19 %. Ylimmän maksuluokan (35 % maksutaulukon mukaan määräytyvistä tuloista) määräytymisen rajat vaihtelivat yli 30 hoitotunnista/käyntikerrasta kuukaudessa yli 50 hoitotuntiin kuukaudessa. Yhdessä kunnassa kotipalvelumaksun määräytymisen perusteena oli käyntipäivä, jolloin alin hoitoisuus/maksuluokka oli 1-5 käyntiä kuukaudessa, ylin 21–31 käyntiä kuukaudessa, mikäli asiakkaan hoito oli vähäistä, esimerkiksi silmätipat tai lääkkeiden antaminen, alennettiin kuukausimaksua 1/3 osalla. Verrattaessa asiakkaiden yhdenvertaisuutta asiakasmaksujen määräytymisen suhteen eriarvoisuutta syntyi erityisesti siitä, että käyntikerta ja käyntipäiväperusteisessa maksumenettelmissä asiakas maksaa samaa maksua riippumatta hänen hoitoonsa käytetystä ajasta. Tuntiperusteinen laskutus koettiin asiakasta kohtaan oikeudenmukaiseksi, koska maksu määräytyy todellisen hoitoon kohdistuneen ajan perusteella.

Tukipalvelujen asiakasmaksut kunnat saavat määritellä itsenäisesti, kunhan ne eivät ylitä niistä aiheutuneita kustannuksia (kotihoitomaksut 2008). Osa kunnista kompensoi tuottamiensa tukipalveluiden hintaa siten, että asiakasmaksut eivät muodostuneet asiakkaalle kohtuuttoman suuriksi, toisissa asiakasta laskutettiin palvelun todellisen hinnan perusteella. Esimerkiksi pienin lankapuhelimeen liitetyn turvapuhelimen vuokra oli 10 euroa, suurin 20,50 euroa kuukaudessa. Mikäli turvapuhelin oli kännykkäliittymässä, pienin maksu koko turvapalvelusta oli 15 €/kk. Kallein laskutus kännykkään kytketystä turvapuhelimesta oli

39,50 euroa kuukaudessa. Kuntien käytäntö vaihteli myös hälytyskäyntien laskutuksessa. Useammassa kunnassa käynnit sisältyivät määriteltyyn kuukausi/puhelimen vuokramaksuun. Osa kunnista peri erillistä maksua hälytyskäynneistä, jopa niin että erikseen laskutettiin käynti ja matkakustannukset. Pienin määritelty hälytyskäynnin hinta oli 8 €/kerta, suurin 19 €/kerta. Kalleimmillaan asiakas maksoi turvapalvelustaan ilman hälytyskäyntien hintaa 47,60 euroa/kk (palvelu sisälsi useita lisälaitteita, joille oli määritelty erillinen vuokra).

Ateriapalveluiden laskutuksessa oli monenlaisia eroja. Osa kunnista laskutti kuljetuksista erikseen hinnan vaihdellessa 1-3 €/ kuljetuskerta, joissakin kunnissa riippuen siitä, asuiko taajamassa vai syrjäseudulla. Kotiin kuljetetun lounaan hinta ilman kuljetusta vaihteli 3,50 eurosta 5,50 euroon. Palveluasumisen piirissä oli mahdollisuus koota päivän ateriakokous haluamallaan tavalla tai ottaa täyshoitoateriapalvelu, jolloin itse ei tarvinnut hankkia mitään ruokatarvikkeita. Täyshoitoaterian hinnat vaihtelivat 8,80 eurosta 15 euroon/vrk.

Asumispalveluissa hoivan laskutuskäytäntö oli erityisen kirjavaa eikä noudattanut ohjeistusta avohoidon maksuista. Joissakin kunnissa ostopalveluna järjestetty asumispalvelu rinnastettiin laskutuskäytännössä laitoshoitoon, jolloin asiakkaalta perittiin 82 % nettotuloista. Laskutusperusteissa huomioitiin esimerkiksi lääkkeiden osuus ja vuokran määrä. Asiakas joutui kuitenkin itse kustantamaan vaatteensa ja haluamansa muut tarvikkeet mm. silmälasit ja muut henkilökohtaiset apuvälineet. Toisissa kunnissa asiakasta laskutettiin avohoitopalvelujen periaatteella hoivasta käyttämiensä hoitotuntien perusteella. Hoitoisuutta määriteltiin myös Kelan maksaman hoitotuen perusteella esimerkiksi siten, että pienemmässä hoitotukiluokassa olevalta maksu oli 140 €/kk, suuremmassa 270 €/kk. Joissakin kunnissa oli määritelty kiinteät maksuluokat ja asiakaskohtaisesti arvioitiin, mihin maksuluokkaan sijoitettava asiakas loksahda. Useammassa kunnassa asumispalvelusta laskutettiin kaikilta asiakkailta kotipalvelumaksutaulukon mukainen maksimimaksu 35 %. Asumispalveluasiakkaita laskutettiin vaihtelevasti myös tukipalveluiden osalta. Osa kunnista oli hinnoitellut erikseen tukipalvelumaksun vaatehuolto-, siivous-, turva- ja asiointipalveluista, osa oli määritellyt kaikista yhteisen pakettimaksun ja osa sisällytti palvelut hoivaan ja laskutti lisäksi vain ylläpitomaksun, johon sisältyivät mm. asiakkaan tarvitsemat hygieniatuotteet.

Kunnan itse järjestämästä asumispalvelusta maksu perittiin yleensä avohoidon maksutaulukon mukaisesti. Tukipalveluista laskutettiin niiden käyttömäärän perusteella. Käytössä

oli kuitenkin malli, jossa asumispalveluista perittiin kiinteä kuukausimaksu hoitoisuusluokituksen perusteella. Kaikki asumispalveluissa asuvat olivat huoneenvuokralainmukaisessa vuokrasuhteessa kiinteistön omistajaan (tai haltijaan) ja vastasivat elinkustannuksistaan itse riippumatta siitä, oliko palvelu kunnan itse tuottamaa vai ostopalveluna ostettua. Perhehoitossa asiakasmaksu määräytyi yleisimmin laitoshoitomaksun mukaisesti.

**Tilastointi** poikkesi usean palvelun osalta. Kotipalvelun käyntikertoja tilastoitaessa yhtenä käyntikertana oli parin – kolmen minuutin käynti tai käynti oli määritelty 15 minuutin pituiseksi jaksoksi tai aika oli rajoittamaton. Säännöllisen kotihoidon erilainen sisällön muotoutuminen vaikeutti tukipalvelujen yhtenäistä tilastointia. Yhdessä kunnassa lähes kaikki asiakkaan tarvitsemat palvelut kuuluivat hoivaan, mutta osa niistä tilastoitiin tukipalveluiksi. Toisissa kunnissa käytännöt vaihtelivat ja sama asiakas saattoi tilastoitua asiakkaaksi useaan tilastoon. Asumispalvelun asiakkaita kirjattiin joissakin kunnissa kotihoidon asiakkaiksi ja myös palvelut tilastoituivat kotihoidon laskentaan. Myös tehostetun asumispalvelun määrittelyssä käytännöt poikkesivat toisistaan.

### 3.3 Yhteenveto palvelujen nykytilasta

Kuntien käytännöt vahvistivat Sosiaaliturvan keskusliiton tuomaa (Eronen ym 2006, 21–22) näkemystä siitä että asiakkaiden yhdenvertaisuus palvelujen piiriin pääsemisessä, palvelujen sisällöissä ei nykyisissä palvelumuodoissa toteudu. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön näkemys palvelujärjestelmän pirstoutumisesta oli selvästi havaittavissa. (Puitelaintavoitteet toteutumassa vaillinaisesti 2009) Palveluketjut olivat hajautuneet asiakkaan kanalta hankalasti hahmotettavaksi kokonaisuudeksi.

Kuntien palveluiden suunnittelussa oli viimeaikoina kiinnitetty erityistä huomiota Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa ja muissa valtakunnallisissa kehittämislinjauksissa asetettuihin tavoitteisiin siitä, että iäkkään ihmisen tulisi voida asua omassa kodissaan niin kauan kuin se suinkin on mahdollista. Ehkäisevät toimintamuodot olikin nostettu erityisen kehittämisen kohteeksi. Käytännössä palvelut kuitenkin painottuivat paljon hoitoa tarvitseville ja ajoittuivat vaiheeseen, jossa kotona selviytyminen alkoi jo olla mahdotonta. Varhaisen vaiheen tukea (tukipalveluja) tarvitsevat jäivät monessa kunnassa palvelujen ulkopuolelle tai saivat apua vain joillakin tarvitsemillaan alueilla. Joissakin kunnissa oli tehty selkeät tavoitteet ehkäisevien palvelumuotojen ensisijaisuudesta ja lisätty palveluohjaus ja ehkäisevät kotikäynnit uusiksi palvelumuodoiksi.

Kirjallisuuskatsauksessa määriteltiin (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008; 4,8) vanhuksen hoito sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisvaltaiseksi, suunnitelmalliseksi yhteistyöksi. Kunnat pyrkivätkin parantamaan alueellista ja sosiaali- ja terveystoimen välistä yhteistyötä ja monimuotoistamaan palvelujärjestelmää olemalla mukana esimerkiksi Kaste – hankkeessa. Vaikka useimmissa kunnissa eri hallintokunnat, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat, vapaaehtoiset ja omaiset olivat joillakin tavoin osallisina vanhusten kotihoidossa, toiminnasta puuttui suunnitelmallisuus. Yhteistyötä koordinoivaa henkilöä tai viranhaltijaa ei ollut nimetty ja toiminta oli hyvin irrallista.

Erityisen kirjavina olivat palvelujen piiriin pääsemisen kriteerit ja asiakkailta perittävien maksujen määräytymisperusteet. Kotipalvelumaksujen määräytymisperusteiden lisäksi erot olivat suuria myös euromääräisesti. Vielä kotipalvelumaksujen eroja suuremmaksi muodostuivat erot asumispalvelun asiakasmaksujen määräytymisessä. Tepponen oli kiinnittänyt huomiota kuntien erilaisiin tilastointikäytäntöihin. Tämä nousi selvästi näkyville ja aiheutti sen, että palvelujen tuottavuutta ja tuloksellisuutta oli vaikea lähteä vertailemaan palvelusisältöjen ja erilaisten tilastointikäytäntöjen vuoksi.

## 4 YHTENÄISEN KOTIHOITOMALLIN KEHITTÄMINEN

Tässä luvussa esitetään kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet sekä kehittämisen kohteeksi nostetut osa-alueet (kehittämistehtävät) sekä käydään läpi kehittämistyössä käytetyt menetelmät. Kehittämistyövaiheita ja käytettyjä menetelmiä kuvataan prosessinomaisesti ja rinnakkain samalla perustellen käytettyjä menetelmätapoja.

### 4.1 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämistyön tarkoituksena oli muodostaa perustettavan Kysteri-liikelaitoksen toimintalueelle vanhusten kotihoitoon soveltuvat ja yhtenäiset palvelusisällöt ja -kokonaisuudet. Tavoitteena oli, että palvelut muodostuisivat vertailukelpoisiksi kustannusten, tehokkuuden ja vaikuttavuuden osa-alueilla. Pidemmän aikavälin tavoitteena oli luoda välineitä siihen, että kaikki vanhustenhuollon palvelut olisivat helpommin yhdistettävissä osaksi liikelaitoksen toimintaa tai muuta toiminnallista yhteistyöaluetta.

Kotihoidon palvelujen nykytilan tutkimisen myötä uuden toimintamallin keskeisimmiksi kehitettäviksi alueiksi kohosivat opinnäytetyön kehittämistehtäviksi nostetut osa-alueet:

1. Yhtenäisten asiakaslähtöisten palvelusisältöjen muodostaminen
2. Yhtenäisten kriteereiden ja arviointimenetelmien muodostaminen palveluiden piiriin pääsemiselle
3. Yhtenäisten asiakaslaskutusperusteiden muodostaminen
4. Yhtenäisten vastuualueiden ja palvelukokonaisuuksien muodostaminen

Kehitettävillä osa-alueilla kiinnitetään erityisesti huomiota asiakaslähtöisyyteen ehkäisevien palvelumuotojen käyttöönottamiseen sekä yhteistyöhön erilaisten palveluiden tuottajien kanssa. Kehittämistehtävässä kotihoito kattaa kaikki kuntien toteutettaviksi jäävät ikääntyneiden kotihoitoon liittyvät palvelumuodot mukaan lukien vanhusten ympärivuorokautiset asumispalvelut. Sisällöltään yhtenäisten ja vertailukelpoisten palvelukokonaisuuksien muodostaminen tarkoittaa toimintamalliehdotuksia, joiden myötä kunnille syntyy mahdollisuus toteuttaa haluamiaan palveluja tai palvelukokonaisuuksia yli kuntarajojen. Uuden toimintamallin suunnittelun lähtökohtana olivat valtakunnalliset poliittiset kehittämislinjat, jotka nousivat esille mm. kansallisista kehittämisohjelmista, ministeriöiden, terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen ja muiden tahojen erilaisista julkaisuista, Ikäihmisten laatusuosituksista, sekä kunnissa olevista hyvistä käytännöistä.



#### 4.2 Kehittämistyössä käytetyt menetelmät ja työvaiheet

Toiminnankehittämisprosessin päävaiheisiin kuuluvat arvioiva nykytilanteen toteaminen, analyysi ja ehdotus asiantilan parantamiseksi sekä ehdotuksen arviointi. (Routio 2007, 1). Tässä työssä esitetty kotihoidon palvelujen sisältöjen ja toimintatapojen yhtenäistäminen on luonteeltaan kehittämistyö joka noudattelee pääpiirteissään edellä mainittuja työvaiheita. Tämä kehittämistyö ei sisällä tutkimusta tarkoin määriteltynä tutkimusmetodeineen, mutta siinä sovelletaan erilaisia tutkimuksellisia menetelmiä joita kuvaan seuraavana.

Yhtenäisen kotihoidon toimintamallin kehittämistä varten kerätty aineisto koostuu aihetta käsittelevistä tutkimuksista, laeista, asetuksista, erilaisista valtakunnallisista kunnissa käytössä olevista oppaista, raporteista, julkaisuista ja selvityksistä sekä toimintatilastoista ja toimintasuunnitelmista. Valmista aineistoa on täydennetty kuntakohtaisesti tehdyllä sovelletulla puolistrukturoidulla haastattelulla. Perusteena useiden erilaisten aineistojen käyttämiselle oli se, että kehitettävien osa-alueiden esille saamista varten tarvittiin näkemys kotihoidon yleistilasta ja ennen kaikkea siitä, millä palvelujen alueilla suurimmat erot kuntien palvelutuotannossa ovat. Tuomi ja Sarajärvi (2002,141) kirjoittavat, että tutkimusmenetelmänä triangulaatiolla tarkoitetaan kahden tai useamman tutkimusmetodin yhdistämistä samassa tutkimuksessa. Aineistotriangulaatiosta puhutaan, kun käytetään yhdessä tutkimuksessa useita eri aineistoja. Aineisto voidaan kerätä mm. haastattelemalla, käyttämällä valmista tilastotietoa tai käyttämällä erilaista arkistoaineistoa.

Tutkimuksessa voidaan yhdistää myös erilaisia tiedonhankintamenetelmiä, esimerkiksi kyselyä ja haastattelua jolloin kyseessä on menetelmätriangulaatio. Menetelmätriangulaatiota käyttämällä pyritään saamaan tutkimuskohteesta esille kattavampi kuva ja laajempi näkökulma. (Eskola & Suoranta 1998, 69–70.) Vaikka tämän kehittämistyön tiedonkeräämisessä käytettiin erilaisia tiedonhankintamenetelmiä, ei voida puhua varsinaisesta menetelmätriangulaatiosta, jonka avulla olisi haluttu laajentaa tarkastelunäkökulmaa. Tarve käyttää useampaa tiedonhankinnan menetelmää syntyi siitä, että kotihoidon toimintakenttä ja sisältö oli niin laaja, että yhdellä tiedonhankinnan menetelmällä kaikilta alueilta oli vaikea saada tietoa.

Tutkimusmenetelmä jaotellaan kvantitatiiviseen (määrälliseen) ja kvalitatiiviseen (laadulliseen) lähestymistapaan. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimuksen lähestymistapa voivat olla käytännössä vaikeasti erotettavia. Menetelmiä on perusteltua käyttää toisiaan

täydentämässä esimerkiksi siten, että kvantitatiivinen vaihe edeltää kvalitatiivista vaihetta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 133.) Vaikka tämä kehittämistyö ei ole varsinainen tutkimus voidaan siinä kuitenkin nähdä piirteitä erilaisista tutkimusmenetelmistä. Kvalitatiivisen tutkimuksen piirteeksi nousee ennen muuta kehittämistyön menetelmien väljyys. Käytetyt tutkimusmenetelmät tulevat näkyville seuraavassa esitetyn prosessikuvauksen eri vaiheissa.

Toteutin kehittämistyön siten, että aluksi tein kirjallisuusselvityksen, jossa tarkastelin kotihoidon palveluja, palvelujen valtakunnallisia kehittämislinjauksia ja niiden toteuttamisesta annettuja suosituksia, joiden mukaisiksi yhtenäinen palvelumalliehdotus oli tarkoitus muodostaa. Toisessa vaiheessa kartoitin kuntien käytössä olevaa palvelutarjontaa ja kotihoidon nykyisiä toteuttamismalleja, aluksi pyytämällä sähköpostitse vanhustenhuollon toiminta- ja palvelutilastoja, palveluhinnastoja ja vanhustenhuollon toimintastrategioita. Koska tutkimukseen sisältyi koko kotihoidon palvelukenttä, tietoa nykytilasta tarvittiin laajalta alueelta. Asiapapereista saatu tieto oli sisällöltään hyvin vaihtelevaa, yksityiskohtaisia lukuja antavaa tai pääpiirteistä tietoa. Sain kuitenkin selvitettyä pääosan kunnissa käytössä olevista palvelumuodoista.

Alustavasti kerätty tieto nosti esille paljon eroavaisuuksia kuntien palvelutuotannossa ja palveluista vastaavassa henkilöstörakenteessa, joten ”puhtaat” haastattelumenetelmät ja kyselymenetelmät tuntuivat tarkentavan tiedon keräämiseen soveltumattomilta. Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikille haastateltaville esitetään samat tai lähes samat kysymykset. Jonkin verran näkemyseroja esiintyy siitä, voidaanko kysymysten järjestystä vaihdella. Täysin yhtenäistä määrittelyä osittain strukturoitujen haastattelujen toteutustavasta ei kuitenkaan ole olemassa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.) Teemahaastattelussa ei edetä tarkkojen, yksityiskohtaisten, valmiiksi muotoiltujen kysymysten mukaan vaan kysymykset kohdennetaan väljemmin tiettyihin ennalta suunniteltuihin teemoihin. Teemahaastattelu on strukturoidumpi kuin avoin haastattelu, koska siinä aikaisempien tutkimusten ja aihepiiriin tutustumisen pohjalta valmistellut aihepiirit ovat kaikille haastateltaville samoja, mutta liikkuminen niissä on joustavaa, eikä noudattele tiukkaa etenemisreittiä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Luonnehdinta sovellettu teemahaastattelu kuvaa tekemääni tarkennettua tiedonkeräämistä ehkä parhaiten. Tiedon keräämisessä tarvittavan tiedon sisällöllisestä vaihtelusta johtuen en tehnyt erillisiä kysymyksiä, vaan käytin kysymyslomakkeina sitä varten laatimiani Exel-

taulukoita. Taulukoissa käytin pohjana ja mallina Keiteleen sosiaalijohtajana toimineen Pauli Aleniuksen (2007) liitteitä 6, 7, 9, joita hänen luvallaan sain muokata omaan käyttöni sopiviksi sekä käyttää niitä uusien taulukoiden mallina. Tein uusia taulukoita ja päivitin entisiä tuotteistettujen palvelujen osalta siten, että mukana oli mahdollisimman paljon eri kunnissa käytössä olevia vanhusten kotihoidon osa-alueen palveluja ja tuotteita. Samalla päätin käyttää taulukoita uuden toimintamallin suunnittelussa työkaluina. Tarkennetun tiedonkeräämisen tavoitteena oli saada tarkempi kuva kuntien tuottamien palvelujen sisällöistä ja toteuttamistavoista, joten vastausten analysointi oli palvelujen ja palvelusisältöjen poimintaa kunnittain.

Laadin taulukot palvelujen sisältöjen, palvelujen piiriin tulemisen, henkilöstön ja palvelumitoituksen osa-alueille (liitteet 1,7,9,10 ja 11). Vapaamuotoiset tarkentavat kysymykset muodostuivat taulukoissa olevista palveluista kunkin aihepiirin mukaan vaihdellen kunta-kohtaisesti sen mukaan, millaista tietoa olin jo saanut pyytämästäni valmiista aineistoista. Perusteena menettelylle oli se, että sain helposti näkyville kuntien erilaiset palvelut, niiden sisällöt ja palveluista vastaavat henkilöt. Kirjasin vastaukset vihkoon ja siirsin myöhemmin laatimiini, kuntakohtaisiin taulukoihin, joista vertasin palvelujen sisältöjä toisiinsa. Tarkentavan sovelletun teemahaastattelun yhteydessä pyysin yksilöidysti lisää puuttuvaa valmista aineistoa (esim. palveluhinnastoja ja organisaatiokaavioita). Haastattelun toteuttamisessa ongelmaksi muodostui se, että joissakin kunnissa palvelut olivat hajautettu useille eri henkilöille ja vastuualueille (esimerkiksi omaishoidontuki ja kuljetuspalvelut sosiaalityön tulosalueelle), enkä saanut kaikkea haluamaani tietoa. Yritin myöhemmin saada sitä pyytämällä sähköpostitse tai puhelimitse, mutta en saanut kaikkien kuntien osalta yhteyttä haluamiini henkilöihin ja tiedot jäivät puutteellisiksi.

Kehittämistyöhön sisältyi myös piirteitä vertailevasta tutkimuksesta. Vertailevassa tutkimuksessa voidaan vertailla erilaisia tapauksia prosesseja ja maantieteellisesti rajautuneita yksiköitä jotka ovat jollakin tavoin yhteismitallisia ja täten vertailukelpoisia. Vertailevaa tutkimusotetta voidaan käyttää määrällisiin aineistoihin, tilastollisiin analyysimenetelmiin sekä laadullisten aineistojen ja analyysimenetelmien käyttöön. (Vertaileva tutkimus, Jyväskylän yliopisto.) Kehittämistyössä vertasin kuntien palvelutuotantoa toisiinsa. Vertailun tulosten perusteella nostin kehittämisen kohteeksi yhteismitallisten, palveluja kuvaavien käsitteiden ja niitä vastaavien palvelusisältöjen kehittämisen valtakunnallisten tavoitteiden ja suositusten mukaisiksi ja alueellisesti yhtenäisiksi. Selkiinnyttääkseni kehittämisprosessin etenemistä esitän ne vielä kuviossa 5.

Tutkimusprosessi	kehittämistehtävä 1	kehittämistehtävä 2	kehittämistehtävä 3	kehittämistehtävä 4
Aikaisempiin tutkimuksiin ja valtakunnallisiin kehittämislinjauksiin perehtyminen	Kirjallisuusselvitys, (Valtakunnalliset suositukset ja ohjeet, lait ja asetukset)	Kirjallisuusselvitys (arviointimenetelmät, lait)	Kirjallisuusselvitys (lait ja asetukset)	Kirjallisuusselvitys,
Exel-taulukoiden laatiminen	Palvelujen sisältö, vaikuttavuus, kattavuus,	Palvelujen piiriin tuleminen (yhdenvertaisuus)		Henkilöstö, vastualueet
Nykytilan kartoitus	Pyysin palvelu- ja toimintatilastot, kuntakohtaiset suunnitelmat ym asiakirjat, hain internetistä Stakesin, tilastokeskuksen ja väestörekisterikeskuksen tilastoja, ja tein täydentävän tietojen keruun	Pyysin kuntakohtaisia asiakirjoja ja tein täydentävän tietojen keruun.	Pyysin palveluhinnastot, palvelu- ja toimintatilastot, laskutusperusteita koskevia asiakirjoja ja tein täydentävän tiedonkeruun.	Pyysin kuntakohtaiset suunnitelmat ja organisaatiokaavioita. Tein täydentävän tiedonkeruun.
Nykytilan analyysi	Nykytilan vertailu kirjallisuuteen, valtakunnallisiin suosituksiin ja kehittämislinjauksiin.	Nykytilan vertailu kirjallisuuteen, valtakunnallisiin suosituksiin ja kehittämislinjauksiin	Nykytilan vertailu kirjallisuuteen, valtakunnallisiin suosituksiin ja kehittämislinjauksiin	Nykytilan vertailu kuntien välillä
Kehittämistehtävien määrittäminen nykytilanteen perusteella	<b>Yhtenäisten palvelusisältöjen muodostaminen</b>	<b>Yhtenäisten kriteerien ja arviointimenetelmien muodostaminen palvelun piiriin pääsemiselle</b>	<b>Yhtenäisten asiakaslaskutusperusteiden muodostaminen</b>	<b>Yhtenäisten palvelukokonaisuuksien muodostaminen</b>
Uuden toimintamallin kehittäminen	käytettävien käsitteiden ja palvelujen sisältöjen muodostaminen (vaikuttavuus ja tuloksellisuus huomioiden)	Vanhusten toimintakyvyn arviointimenetelmän kehittäminen ja päivittäminen, kriteereiden kehittäminen	Uusien asiakaslaskutusperusteiden määrittäminen asiakasmaksujen määräytyminen, (tuloksellisuus, ja yhdenvertaisuus huomioiden)	Vastuualueiden yhtenäistäminen
Raportointi	Opinnäytetyö, palvelujen sisällön esitleminen tutkimuksen kohteena olleisiin kuntiin	Opinnäytetyö, Kuntiin jaettu kriteeristö ja toimintakyvyn arviointimenetelmä, esittely vanhuskasteen työryhmässä	Opinnäytetyö, tutkimuksen kohteena olleisiin kuntiin jaettu materiaali.	Opinnäytetyö, tutkimuksen kohteena olleisiin kuntiin jaettu materiaali.

Kuvio 5. Kehittämisprosessi

Kehittämistehtäviksi nostetut kehittämiseen kohteet kohosivat esille vasta nykytilanteen selkiytymisen myötä kohdistuen niille kotihoidon sisältöalueille joilla suurimmat eroavaisuudet olivat.

## 5 YTENÄINEN KOTIHOITOMALLI

Yhtenä perusajatuksena yhtenäisen kotihoidon toimintamallin kehittämisessä oli se, että kunnat voivat hyödyntää kehittämistyön tuloksia haluamallaan tavalla. Luvussa kuvataan toimintamallissa käytetyt käsitteet, palvelujen kohdentamiseen ja palvelun piiriin tulemiseen ja palvelutarpeen arviointiin liittyviä tekijöitä sekä ehdotetut palvelujen sisällöt ja uudet toimintamallit. Uudessa toimintamallissa palvelujen asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaiden yhdenvertaisuuteen painottaminen tulee näkyviin erityisesti palveluiden piiriin pääsemisen kriteereiden, arviointimenetelmien ja yhtenäisten asiakaslaskutusperusteiden muodostamisessa. Palvelusisältöjä kuvataan sanallisessa muodossa palveluittain, painottaen ehkäisevän toiminnan ja tukipalvelujen osuutta. Sanallisen kuvauksen lisäksi palvelut on koottu kuvioon 8, jota on helppo käyttää välineenä palvelukokonaisuuksia suunniteltaessa. Lopuksi käsitellään suppeasti palvelujen vaikuttavuuteen, kattavuuteen, tuottavuuteen ja tuloksellisuuteen liittyviä tekijöitä. Palveluiden vaikuttavuuteen pyritään kohdentamalla palvelut palvelutarpeen mukaisesti oikeille käyttäjäryhmille ja yksittäisille asiakkaille. Palveluiden taloudellista tuloksellisuutta pyritään tehostamaan panostamalla kevyempiin hoitomuotoihin.

### 5.1 Käytettävät käsitteet

Selkiinnyttääkseni kehittämieni palvelusisältöjen ja palveluketjujen muotoutumista, määrittelen kehittämistyössä käyttöönnottamani käsitteet seuraavasti:

**Kotihoito** on palvelukokonaisuus, johon sisältyvät kaikki kunnan järjestämät ja järjestämisvastuulla olevat yksityisiltä, järjestöiltä, kuntayhtymiltä ym. tahoilta hankitut vanhusten palvelut sekä asumispalveluiden piirissä vuokrasuhteessa oleville asiakkaille kotiin annettavat palvelut. Kotihoitokäsitteen alle kuuluvat myös vanhuksen kotona asumista tukevat eri hallinnonalojen järjestämät yhteisöllisyyttä ja osallisuutta tukevat palvelut, kuten erilaiset kerhot, päivätoiminta, liikkumisen järjestäminen, kulttuuri-, harrastustoiminta. Kotihoitoon sisältyy myös hoito- ja palvelusuunnitelmassa suunniteltu omaisten ja muiden läheisten antama hoiva ja huolenpito.

**Hoiva- ja hoitotyö** sisältää sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun tehtävät, joita ovat sairaanhoidolliset toimenpiteet, auttaminen kaikissa päivittäiseen elämään liittyvissä toiminnoissa (mm. ruokailu, pukeutuminen, hygienia, liikkuminen, lääkehoito, ulkoilu, asiointi, kodin puhtaudesta ja siisteydestä huolehtiminen sekä neuvonta ja ohjaus).

**Säännöllinen hoiva- ja hoitotyö** perustuu yhdessä palvelunkäyttäjän kanssa laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Suunnitelmaan sisällytetään kaikki vanhuksen kotihoitoon kuuluvat palvelut.

**Tilapäinen hoiva- ja hoitotyö on** tarkoitettu yksittäisiin ja lyhytaikaisiin palvelutarpeisiin esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen tai tilapäisen sairauden yhteydessä.

**Tukipalvelut** ovat palveluita joiden avulla tuetaan kotona asumista varhaisessa vaiheessa, jo ennen kuin vanhus tarvitsee henkilökohtaista hoivaa ja huolenpitoa. Tukipalveluina järjestetään ateriapalvelua, turvapalvelua, asiointipalvelua, sosiaalihuoltolainmukaista kuljetuspalvelua, siivouspalvelua ja päivätoimintaa/osapäivähoitoa. Tukipalvelut ovat tarkoitettut myös täydentämään säännöllisen hoiva- ja hoitotyön piirissä olevien asiakkaiden palveluja.

**Päiväkeskus** omana tulosityksikkönään sisältää suunnitelmallista päivätoimintaa palvelukeskuksessa tai jossakin muussa toimintaympäristössä.

**Palveluohjauksella** tarkoitetaan asiakkaan neuvontaa ja ohjausta sekä palveluiden yhteensovittamista organisaatioiden ja asiakkaan tasolla. Palveluohjauksen painotus voi vaihdella erilaisten asiakasryhmien kohdalla. Palveluohjauksen avulla palvelut räätälöidään yksilöllisesti kunkin asiakkaan tarpeen mukaan siten, että järjestämisessä huomioidaan myös palveluntuottajien tai viranomaisten näkökulmat.

**Hyvinvointia edistävät kotikäynnit** ovat sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tekemiä kotikäyntejä ikääntyneiden kotiin. Käynnin tarkoituksena on selvittää asiakkaan elinolosuhteiden ja terveydellisten tekijöiden vaikutusta kotona selviytymiseen sekä pyrkiä tiedottamaan käytettävissä olevista palveluista. Tavoitteena on, että tukea voitaisiin antaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Kuviossa 6 määrittelen Tepposta (2009, 166) mukaillen edellä kuvaamieni palveluiden kohdentumista asiakkaiden palvelutarpeisiin. Ennakoivat ja ehkäisevät toimintamuodot ovat ensisijaisia ja niiden avulla pyritään antamaan asiakkaalle tietoa palvelujärjestelmän toiminnasta ja saatavilla olevista palveluista. Tavoitteena on, että kevyin tukimuodoin (mm. tukipalveluin) tuetaan asiakkaan omatoimisuutta ja suoriutumista omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Yksilöllisen palveluohjauksen, hyvinvointia lisäävien kotikäyn-

tien, tukipalveluiden ja lyhytaikaisen avun turvin autetaan asiakasta esimerkiksi sairauden aiheuttaman tilapäisen vaiheen yli.

Kuvio 6. *Kotihoidonpalvelujen kohdentaminen* (mukailtu; Tepponen 2009).

### KOTIHOIDON PALVELUJEN KOHDENTAMINEN

Ennakoivat palvelut	Varhaisen vaiheen palvelut	Päivittäin annettavat palvelut	Ympäri vuorokautinen hoiva ja hoito
<p>Avuntarve painottuu neuvontaan ja ohjaukseen, asumista tukeviin, ja kodinhoidollisiin tehtäviin</p> <p><b>Pääasialliset tukimuodot:</b> Palveluohjaus, hyvinvointia edistävät kotikäynnit, tukipalvelut Liikkumista ja kuntoutumista tukevat palvelut, kerhotoiminta, harrastepiirit, asunnon muutostyöt, osallisuuden tukeminen.</p>	<p>Tarve on säännöllistä, mutta ei päivittäistä ja painottuu tuki-palveluina tuotettaviin palveluihin tai avuntarve on tilapäistä sairauden, sairaalasta kotiutumisen tms. yhteydessä.</p> <p><b>Pääasialliset tukimuodot:</b> Palveluohjaus, Hyvinvointia edistävät kotikäynnit, tukipalvelut: ateriapalvelut: Turvapalvelu, ateriapalvelu, asiointipalvelu, sosiaalihoitolainmukainen kuljetuspalvelu ja siivouspalvelu.</p>	<p>Avuntarve on päivittäistä ja kohdistuu pääosin henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon.</p> <p><b>Säännöllinen Hoiva- ja hoitotyö;</b> Hoitoa on saatavilla klo 7-21 välisenä aikana. Muina aikoina on tarjolla turvapalvelu. Yökäyntejä voidaan järjestää hps:n mukaisesti.</p> <p>Omaishoidontuki ja omaishoitoa tukevat palvelut.</p> <p>Säännöllistä hoiva- ja hoitotyötä täydennetään tukipalveluin.</p>	<p>Avuntarve on ympärivuorokautista</p> <p>Palvelu on osa avohoidon palvelua ja asukas on vuokrasuhteessa vuokranantajaan ja ostaa erillisesti tarvitsemansa tukipalvelut.</p> <p><b>Palveluasuminen;</b> Asuminen palvelutaloissa, asumispalveluyksiköissä tai tehostetun asumispalvelun yksiköissä</p>

#### 5.2 Palvelutarpeen arviointi ja kotihoidon piiriin tuleminen

Asiakaslähtöisyyden parantamiseksi ehdotetuissa palvelumalleissa palvelutarpeen arvioinnissa kiinnitetään entistä enemmän huomiota asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen huomioonottamiseen. Arvioinnissa käytetään vanhuksen toimintakykyä mittaavaa mittaristoa ja jo palvelutarvetta arvioitaessa asiakkaan oma mielipide tarvitsemistaan palveluista otetaan huomioon. Palveluiden piiriin pääsemiselle asetettujen kriteereiden tarkoituksena on taata asiakkaiden oikeudenmukainen ja yhdenvertainen kohtelu elämäntilanteesta ja asuinalueesta riippumatta.

Liitteeseen 1 on laadittu Excel-pohjainen taulukko työkaluksi palveluiden piiriin tuleminen suunnittelua ja kehittämistä varten. Taulukkoon on tuotettu kunnan ja muiden toimijatahojen tuottamat vanhustenhuollon palvelut, jolloin saadaan helposti kokonaiskuva käytössä olevista palveluista ja käytössä olevista palvelun piiriin pääsemisen kriteereistä, palvelutarpeen arvioinnista ja päätöksentekijästä.

### 5.2.1 Toimintakyvyn arviointimenetelmä ja kriteerit palvelun piiriin pääsemiselle

Seuraavana esittämäni arviointimenetelmä on muodostettu Suomessa useissa kunnissa ja yksityisissä yrityksissä käytössä olevasta hyvästä käytännöstä. Alkuperäisen arviointimenetelmän, jossa kyselylomakkeena on käytetty kehitysvammaisten psykososiaalisen toimintakyvyn arviointilomaketta (kehitysvammaliitto), on laatinut Veli Puttonen (2007) Promana Oy:stä. Menetelmää Keiteleen kunnan käyttöön on lisäksi ollut kehittämässä sosiaalihoitaja Pauli Alenius. Edellä mainitun pohjalta olen kehittänyt tähän toimintamalliin liitteenä 2 olevan uuden vanhusten psykososiaalista toimintakykyä mittaavan kyselylomakkeen sekä muokannut tarvittavat toimintakyvynarvioinnin koontilomakkeen (liite 3), toimintakykyindeksin laskevan taulukon (liite 4) sekä uudistanut hoitoisuustaulukon (liite 6).

Menetelmässä toimintakyvyn (hoitoisuuden) mittaaminen suoritetaan käyttämällä Rava-asteikkoa (liite 5) sekä vanhuksen psykososiaalisen toimintakyvyn arviointilomaketta (liite 2). Lomakkeet ovat sähköisesti jaettavissa ja ilmaiseksi käytettävissä. Ne laskevat automaattisesti indeksin, jonka avulla määräytyy asiakkaan hoitoisuuden aste (hoitotunnit ja hoitoisuusluokka) erillisestä hoitoisuustaulukosta (Liite 6). Arviointimenetelmä antaa kokonaisvaltaisen kuvan vanhuksen toimintakyvystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Menetelmä on sähköisesti jaettavissa, helposti käyttöön otettava, maksuton ja nopea käyttää.

### 5.2.2 Kriteerit

Kriteerit palvelujen piiriin pääsemiselle esitän seuraavan kuvion 7 avulla. Palvelujen piiriin pääsemisessä on oltava mahdollisuus myös yksilölliseen harkintaan, koska toimintakykyindeksi ei aina osoita avuntarvetta kapea-alaisessa toimintakyvyn vajauksessa.



Kuvio 7. Palvelujen piiriin tuleminen

<b>PALVELUJEN PIIRIIN TULEMINEN</b>			
<b>Palvelu</b>	<b>Toimintakykyindeksi</b>	<b>Yksilöllinen palvelutarpeen arviointi</b>	<b>Muuta huomioitavaa</b>
<b>Hyvinvointia lisäävät kotikäynnit</b>	- ei raja-arvoa	Kohdistetaan riskiryhmille	Käynnin toteuttaa vanhus- tenhuollon vastaava
<b>Palveluohjaus</b>	- ei raja-arvoa	Kohdistetaan palvelujen piiriin tuleville tai palvelun piirissä jo oleville	Palveluohjaaja on palvelu- järjestelmän asiantuntija, vuorovaikutustaidot tärkeitä
<b>Tukipalvelut</b>	50	Toimintakyvyn arviointi, asiakkaan elinolosuhteiden vaikutus avuntarpeeseen huomioidaan	Tehdään suunnitelma hoidontarpeesta ja palvelu- jen toteutuksesta (hps)
<b>Tilapäinen hoiva- ja hoitotyö</b>	-	Huomioidaan tilapäinen toimintakyvyn vajuus ja palvelun tarve kotona selviy- tymiseksi.	Tilapäiseen avuntarpeeseen sairauden, kotiutumisen tms. syyn perusteella.
<b>Säännöllinen hoiva- ja hoitotyö</b>	yli 50	Huomioidaan kapea-alaisen toimintakyvyn aleneminen, vaikka indeksi jäisi pienem- mäksi, esim. kyky ottaa lääkkeet.	Huomioidaan asiakkaan elinolosuhteiden vaikutus avuntarpeeseen.
<b>Omaishoidontuki</b>	1 LK 400–600 2 LK 601–700 3 LK 701–800 4 LK 800–	Arvioidaan myös elinympä- ristön ja hoitajan soveltu- vuus/terveydentila	
<b>Kuljetuspalvelut</b>	Yli 200	Huomioidaan yksilöllinen tarve	Tulo- ja varallisuusraja

### 5.3 Palvelujen järjestäminen

Valtakunnallisten kehittämislinjausten mukaisesti palveluiden painopistettä siirretään en-  
nakoivan toiminnan suuntaan, jolloin apua annetaan myös kotona selviytymistä tukeviin  
kodinhuollollisiin tehtäviin (mm. lämmitys, kodin siisteys, turvallisuus ja liikkuminen).  
Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä selvitetään, voidaanko asiakkaan tarvitsema apu jär-  
jestää tukipalveluin vai tarvitaanko säännöllistä hoiva- ja hoitopalvelua. Palveluohjaaja  
selvittää yhteistyötahot ja koordinoi saumattoman palveluketjun. Vanhustenhuollon palve-  
luiden mitoituksen arviointia ja suunnittelua varten liitteessä 7 on taulukko, johon voidaan  
kartoittaa erilaisten palvelujen mitoitusta. Taulukosta voidaan seurata edellisen vuoden  
tarvetta, toteutusta ja vajetta sekä tehdä arvio tuleville vuosille, jolloin sitä voi käyttää  
myös talousarvion laatimisen apuvälineenä.

Erityisesti asumispalvelujen järjestämisessä käytetään uudenlaista suunnittelua. Perintei-  
nen, toimintakyvyn arviointiin perustuva asumispalvelun järjestäminen johtaa siihen, että  
asiakas siirtyy hoitopaikasta toiseen toimintakyvyn muutoksen perusteella. Terveiden ja  
hyvinvoinnin laitoksen linjausten mukaisesti (Muurinen 2009, 13.) hoitoa suunnataan ns.

yksiportaisen ympärivuorokautisen hoidon muotoon, jolloin palvelut taipuvat palvelutarpeeseen. Asumispalveluyksikkö katsotaan asiakkaan kodiksi, johon järjestetään eritasoisia palveluja asiakkaan tarpeen mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan kotona asumisen tukemiseksi ”valjastetaan” koko palvelujärjestelmä, jolloin palveluohjaajan rooli korostuu kokonaisuuden suunnittelussa.

#### 5.4 Palvelujen sisältö

Ehdotetuissa kotihoitopalvelujen sisällöissä panostetaan entistä enemmän asiakkaan kaikkien elinolosuhteiden huomioonottamiseen. Kotona selviytyminen vaatii henkilökohtaisen hoivan ja hoidon lisäksi sen, että myös asumiseen liittyvistä asioista huolehditaan. Huolehtimisella tarkoitetaan sitä, että asiakasta autetaan hankkimaan tarvitsemansa palvelut niitä tuottavilta tahoilta. Toimintamallissa palvelut on edellä mainitut näkökohdat huomioiden suunniteltu siten, että kaikki asiakkaan normaaliin arkipäivään kuuluvat tehtävät sisältyvät säännöllisen kotihoidon asiakkailla hoiva- ja huolenpitotyöhön. Palvelut myönnetään tuki-palveluna, ellei avuntarvetta kohdistu henkilökohtaiseen hoivaan tai perushoitoon (avustaminen ruokailussa, pukeutumisessa, peseytymisessä, lääkehuollossa). Seuraavassa kuviossa 8 esitetään palveluittain niille asetetut tavoitteet ja/tai tavoiteltu vaikutus, toimenpiteet ja mahdolliset yhteistyötahot. Esitän palvelukohtaisia tavoitteita ja palvelusisältöjä kuvion 8 avulla.

Kuvio 8. Kotihoidon palvelut

Palvelu	Tavoitteet/vaikuttaminen	sisältö	Yhteistyötahot, ym huomioitavaa
<b>Hyvinvointia edistävät kotikäynnit</b>	Avuntarpeen selvittäminen varhaisessa vaiheessa, kotona asumisen tukeminen kevyillä tukitoimilla	Tilanteen kartoittaminen (terveys, hyvinvointi, elinolosuhteet) Hoidon (tukitoimien) suunnittelu palveluista tiedottaminen, neuvonta ja ohjaus.	Yhteistyötahojen selvittäminen ja voropuhelu.
<b>Palveluohjaus</b>	Toimivan, eheän, asiakaslähtöisen ja kustannustehokkaan palvelukokonaisuuden koordinointi	Palvelujärjestelmän (toimijoiden) kartoittaminen ja saumattoman palveluketjun kokoaminen, taloudellinen suunnittelu, asiakkaan neuvonta ja ohjaus, yhteistyötahojen vuoropuhelu	Palveluohjaaja kartoittaa kaikki mahdolliset yhteistyötahot (omaiset, vapaaehtoiset, järjestöt, yksityiset) Palveluohjauksen avulla kartoitetaan yhteistyötahot ja koordinoidaan saumaton palvelukokonaisuus.
<b>Hoiva- ja hoitotyö</b> terveyden- ja sairaanhoito, perushoito	Kotona asuminen mahdollisimman pitkään, kuntouttaminen ja omatoimisuuden tukeminen. Raskaampien hoitomuotojen siirtäminen myöhemmäksi.	Elintoimintojen tarkkailu (mm. verenpaine, lämpö, paino), näytteiden ottaminen, lääkehoito, haavanhoito, ateriointi, pukeminen, riisuminen, Wc-käynnit, ihon hoito, hampaiden pesu, vaipan vaihto, suihku/sauna, kynsien hoito, hiusten hoito, parran ajo, asentohoito, liikkumisessa avustaminen, ulkoilu, asiointi. <b>Päivittäin;</b> tiskaaminen, pöytien pyyhkiminen, vuoteen sijaaminen, roskapussien tyhjentäminen ja vienti, wc-pesu. <b>Ylläpito;</b> imurointi, vuodevaatteiden vaihtaminen, tavaroiden järjestys, jääkaapin siisteys <b>Kunnossapito;</b> Korjaajien hankkiminen, puiden kantaminen, lämmitys, hiekoitus, kukkien kastelu, veden kantaminen, <b>Ateriapalvelut;</b> ruoan laitto/lämmitys, kuljetus, jakaminen, kattaminen, syöttäminen, elintarvikkeiden hankkiminen/ostaminen, tuoreuden tarkistaminen/vanhentuneiden pois heittäminen, aamu-, väli- ja iltapala, kahvi. <b>Turvapalvelu;</b> Turvapuhelimen hankkiminen/asentaminen/ohjelmointi/hälytysten vastaanotto/testaus/huoltoon laittaminen, turvasoitto, turvakäynnit, ovihälyttimet. Vaatehuolto; Pyykkien kokoaminen/pesu tai pesulaan toimittaminen, pienimuotoinen vaatteiden kunnossapitäminen (mm. nappien ompelu). <b>Asiointi;</b> Kauppa-, pankki-, apteekki-, raha-asoiden hoitaminen tai niiden hoitamisen järjestäminen, neuvonta ja ohjaus, saattaminen, erilaisten hoitojen järjestäminen (mm. jalkahoito, kampaaja). <b>Kylvetys/saunotus/suihku;</b> kotona saunottaminen/suihkuttaminen erillisenä tukipalveluna, saunottaminen/kuljetus kodin ulkopuolella. <b>Sosiaalihuoltolainmukainen kuljetuspalvelu,</b> kuljetuskortti	kodin päivittäisestä siisteydestä huolehtiminen ja siisteyden ylläpitäminen sekä kunnossa pitämistä huolehtiminen kuuluvat hoiva- ja hoitotyöhön. Tukipalveluja järjestetään myös säännöllisen hoiva- ja hoitotyön asiakaille silloin, kun kysymyksessä on jonkin säännöllisesti toistuvan palvelun, esimerkiksi ateria- turva- kuljetus- ja vaatehuoltopalvelun sekä saattaja- ja asiointiavun tarve.
<b>Tukipalvelut;</b>	Tuetaan kotona asumista, omatoimista suoriutumista ja osallisuutta.	<b>Ateriapalvelut;</b> ruoan laitto/lämmitys, kuljetus, jakaminen, kattaminen, syöttäminen, elintarvikkeiden hankkiminen/ostaminen, tuoreuden tarkistaminen/vanhentuneiden pois heittäminen, aamu-, väli- ja iltapala, kahvi. <b>Turvapalvelu;</b> Turvapuhelimen hankkiminen/asentaminen/ohjelmointi/hälytysten vastaanotto/testaus/huoltoon laittaminen, turvasoitto, turvakäynnit, ovihälyttimet. Vaatehuolto; Pyykkien kokoaminen/pesu tai pesulaan toimittaminen, pienimuotoinen vaatteiden kunnossapitäminen (mm. nappien ompelu). <b>Asiointi;</b> Kauppa-, pankki-, apteekki-, raha-asoiden hoitaminen tai niiden hoitamisen järjestäminen, neuvonta ja ohjaus, saattaminen, erilaisten hoitojen järjestäminen (mm. jalkahoito, kampaaja). <b>Kylvetys/saunotus/suihku;</b> kotona saunottaminen/suihkuttaminen erillisenä tukipalveluna, saunottaminen/kuljetus kodin ulkopuolella. <b>Sosiaalihuoltolainmukainen kuljetuspalvelu,</b> kuljetuskortti	Tukipalveluja järjestetään myös säännöllisen hoiva- ja hoitotyön asiakaille silloin, kun kysymyksessä on jonkin säännöllisesti toistuvan palvelun, esimerkiksi ateria- turva- kuljetus- ja vaatehuoltopalvelun sekä saattaja- ja asiointiavun tarve.
Omaishoidontuki	Tuetaan kotona asumista	Hoitopalkkio, omaishoitoa tukevat tukipalvelut ja hoiva- ja hoitotyö, vapaapäiväjärjestelyt	Palvelusetelin käyttämismahdollisuudet huomioidaan.
Asumispalvelu	Asuminen kodinomaisessa ympäristössä silloin kun asuminen omassa kodissa ei ole enää tarkoituksenmukaista	Sisältää erillisenä vuokra-asumisen, hoiva- ja hoitotyön sekä asumista tukevat tukipalvelut.	Palvelusetelin käyttämismahdollisuudet huomioidaan ”

Kotihoidon palveluja täydennetään auttamalla asiakasta käyttämään normaaleja arkielämän palveluja (kuljetuspalvelut, harrastustoiminnat, kauneudenhoitopalvelut, liikuntapalvelut ym.). Palvelutarjonnassa pyritään suunnitelmalliseen yhteistyöhön vapaaehtoisten, järjestö-

jen, kylätalkkarien, yksityisten yrittäjien ja muiden tahojen kanssa. Palveluohjaan rooli korostuu saumattoman palveluketjun suunnittelussa. Yhtenä keinona laajapohjaisemman toiminnan suunnittelussa huomioidaan palvelusetelin käyttömahdollisuudet..

**Palveluohjauksessa** lähtökohtana on palvelujen koordinointi asiakkaan tarpeista lähtien, mutta samalla se on myös tärkeä hallinnon ja johtamisen toiminto. Kysterin alueen kunnissa järjestettävien kotihoidon palveluiden tarpeen pääasiallinen syy ei ole sairaanhoidollinen. Useimmat asiakkaat tulevat kotihoidon asiakkaiksi selviytyäkseen kotonaan päivittäisistä toiminnoistaan entisessä elinympäristössään. Tällöin palveluohjauksen keskeisimmiksi tehtäviksi nousevat asiakkaan ohjaaminen tarvitsemiensa palvelukokonaisuuksien hankkimisessa sekä asiakkaan selviytymistä tukevien palveluiden koordinoiminen asiakaslähteisesti ja yksilöllisesti järjestäjän taloudelliset resurssit huomioon ottaen. Palveluohjaajalta ei näin ollen edellytetä sairaanhoidollista koulutusta, vaan vaadittaviksi ominaisuuksiksi kohoavat ennen kaikkea palvelujärjestelmän tunteminen, asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien suunnittelemisen ja organisoimisen taito ja kyky huomioida sekä asiakkaan että palvelun järjestäjän taloudelliset näkökohdat.

Toimintamalliehdotuksessa palveluohjaus kytketään kuntakoosta riippuen kotihoidon johtajan ja tai palveluohjaajan tehtäväkokonaisuuteen ja sisältö määritellään tehtävänkuvaan. Sisällöllisiksi osa-alueiksi määritellään asiakkaan tarvitsemien palveluiden yhteensovittaminen ja asiakkaan neuvonta palveluiden hankkimisessa ja käyttämisessä. Lisäksi palveluohjaaja on koordinaattori eri palveluntuottajien tarjoamien palveluiden yhdistämisessä toimivaksi kokonaisuudeksi yksittäisen asiakkaan tarpeiden pohjalta. Palveluohjaajan tehtävänä on välittää asiakkaille tietoa eri palveluiden tuottajien tarjoamista palveluista sekä neuvoa ja opastaa asiakasta erilaisten tukien hakemisessa. Palveluohjaaja on tiedottaja myös muiden toimijoiden suuntaan ja tehtävänä on välittää tietoa siitä, mitä palvelumuotoja järjestöjen, seurakuntien, vapaaehtoisten toimijoiden ja sivistystoimen tuottamien kulttuuripalveluiden sekä muiden hallinnonalojen tarjoamista palveluista tarvitaan täydentämään vanhustenhuollon palvelukokonaisuutta. Palveluohjaukseen kuuluu myös paikkakunnalla olevien toimijoiden kartoittaminen ja heihin yhteydenpitäminen.

**Hyvinvointia edistävät kotikäynnit** kohdennetaan toimintamallissa ikäihmisten laatusuosituksen mukaisesti riskiryhmille, joita ovat mm. leskeksi jääneet säännöllisten sosiaali- ja terveystalvelujen ulkopuolella olevat ikäihmiset, monisairaant tai sairaalakierteessä olevat ikäihmiset sekä ne, joilla aistitoiminnot ovat heikentyneet ja jotka ovat alttiita kaa-

tumisille ja muille tapaturmille. Ikäryhmittäin tehtäviä hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä toteutetaan asiakkaan kokemaan tarpeeseen perustuen siten, että kaikille 75-vuotiaille lähetetään kotiin kysely, jolla selvitetään haluaako/tarvitseeko asiakas käyntiä, mihin asioihin kotikäynnin tarve perustuu (kohdistuuko se ensisijaisesti asumiseen, sosiaalipalveluihin vai terveydellisiin tekijöihin). Käynnin tekijä (vanhustyöstä vastaava, terveyden-/sairaanhoitaja, fysioterapeutti ym.) määräytyy vastauksen perusteella.

Hyvästä käytännöstä nousseen mallin mukaisesti siivouspalvelun piirissä olevat yksityisen palveluntuottajan asiakkaat kirjautuvat suostumuksellaan sosiaalitoimen asiakkaiksi. Yksityinen palveluntuottaja voi informoida vanhusta palvelumuodosta ja tuoda vanhustenhuoltoon tietoa hyvinvointia edistävän kotikäynnin tarpeesta. Hyvinvointia edistävä kotikäynti sisältää asiakkaan elinolosuhteisiin ja terveydentilaan liittyvän kartoituksen, saatavilla olevista palveluista tiedottamisen ja niiden käyttämiseen ohjaamisen. Käynnillä pyritään luomaan asiakkaalle turvallisuuden tunne siitä, että tarvitessaan hänelle on palvelut saatavilla.

**Ateriapalveluissa** on tarkoituksenmukaista kehittää palvelutuotantoa siten, että asiakkaat voivat saada kotiin kuljetettuna sekä lounaan että päivällisen. Tällä tuetaan entistä huonokuntoisempien asukkaiden mahdollisuutta asua omassa kodissaan. Vaihtoehtoisesti asiakkaalle tarjotaan mahdollisuus käydä ruokailemassa palveluyksikössä, jossa toteutetaan ateriapalvelua. Kotiin viedystä aterialta peritään erikseen kuljetusmaksu, joka on kaikille kunnan asukkaille samansuuruinen (Kela huomioi kuljetuskustannusten osuuden ateriapalvelusta hoitotukea myönnettäessä). Myös asumispalvelun piirissä olevan asiakkaan ateriat järjestetään tukipalveluna siten, että asiakkaalla on mahdollisuus päättää, ottaako koko ateriapaketin/vrk vai osan päivän aterioista, sekä harkita, miltä palveluntuottajalta ateriapalvelun ostaa. Tämä lisää myös asumispalvelun tuottajien mahdollisuutta muotoilla tarjoamiaan palvelukokonaisuuksia. Tärkeää on se, että suunnitteluvaiheessa kirjataan sovitut käytännöt hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Myös muutokset sovitaan ja kirjataan. Kirjaamisen tavoitteena on ateriapalvelun ja laskutuksen sujuvuus. Mikäli asiakkaat päivittäin vaihtavat ottamiensa aterioiden määrää, ateriamäärien suunnittelu, aterioiden tilausten ilmoittaminen, seuranta ja laskutus muodostuvat hankaliksi.

**Turvapalvelussa** turvaphelinpalveluun liittyvät käytännöt ehdotetaan muodostettavaksi asiakaslähtöisesti siten, että ne kuuluvat kunnan palvelutuotantoon, vaikka kunta ostaisikin palvelun ulkopuolelta. Toimintamallissa kunta palvelun järjestämisestä vastuussa olevana huolehtii ”koko paketista” ja laskuttaa asiakkaalta sovitun taksan mukaisesti toteuttamastaan palvelusta sekä erikseen määritellyn kertaluontoisen asennusmaksun. Käytäntönä voi

myös olla, että puhelimen vuokraaja laskuttaa asiakkaalta vuokran suoraan ja kunta laskuttaa antamastaan palvelusta. Hälytysten perusteella tehdyistä käynneistä ei peritä erillistä maksua, koska maksun periminen voi siirtää asiakkaan hälytyskynnyksen niin korkealle, että avunsaaminen viivästyy. Turvapuhelinten lisäksi turvapalveluun sisällytetään ovi- ja savuhälyttimet sekä säännöllisen hoiva- ja hoitotyön ulkopuolella oleville asiakkaille turvakäynnit ja -soitot.

**Kylvetys- ja saunotuspalvelua** on tarkoituksenmukaista järjestää asiakkaille, joilla ei ole muuta säännöllisen hoiva- ja hoitotyön tarvetta, mutta omatoimisen peseytymisen vaikeudet haittaavat kotona selviytymistä. Asiakkaalle tarjotaan mahdollisuus kotona tapahtuvaan saunotukseen tai suihkutukseen tai vaihtoehtoisesti järjestetään saunotus palvelukeskuksessa tai muussa vanhustenhuollon toimintayksikössä. Asiakkaalle järjestetään saunotuksen yhteyteen kuljetus hinnoitteleamalla palvelu esimerkiksi kylvetys/kuljetus palveluna.

**Vaatehuoltopalvelu** on vanhusten kotihoitoon määriteltyä toimintaa. Tukipalveluna sitä järjestetään kussakin kunnassa käytössä olevan järjestelmän puitteissa (kunta ostaa palvelun yksityiseltä yrittäjältä, työpajalta tai toimintakeskukselta tai toteuttaa palvelun omana toimintanaan, kunnan järjestämissä tiloissa). Kunnan omana toimintana toteutetussa vaatehuoltopalvelussa on tarkoituksenmukaista käyttää erillistä henkilöstöä, jolloin hoitohenkilöstön työpanos vapautuu muuhun hoiva- ja hoitotyöhön.

**Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu** järjestetään asiakkaille, jotka eivät ole oikeutettuja saamaan vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua, mutta heillä on vaikeuksia käyttää yleisiä kulkuneuvoja asiointi- ja virkistysmatkoillaan. Kuljetuspalvelua myönnettäessä arvioitavia tekijöitä ovat terveydellisten tekijöiden ohella elinolosuhteet (mm. mahdollisuus saada kuljetusta oman perheen jäseneltä tai käyttää julkisesti järjestettyjä kuljetuksia) sekä taloudelliset tekijät. Myönnettäessä sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua ei tarvita lääkärinlausuntoa, vaan arviointi toteutetaan liitteissä 2-5) esitettyä arviointimenetelmää ja yksilöllistä tilanneharkintaa käyttäen. Sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua ehdotetaan myönnettäväksi yksilöllisen tarveharkinnan perusteella vähintään 6, enintään 10 yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa. Asiakas maksaa omavastuuosuutena linja-autotaksan mukaisen maksun suoraan taksiyrittäjälle. Asiakkaalle postitetaan jokaiselle kuukaudelle kuljetuspalvelukortti, joka palautetaan seuranta varten vanhustenhuollon toimistoon.

Seuraavassa taulukossa ehdotetaan sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun tulo- ja varallisuusrajat. Asiakkaan tuloina otetaan huomioon samat tulot kuin säännöllistä hoiva- ja hoitomaksua määrättäessä. Varallisuutena ei huomioida sellaista varallisuutta, josta saatavat rahat eivät ole asiakkaan käytettävissä (mm. vakinaista asuntoa, yhteisomistuksessa olevaa muuta kiinteistöä ja metsää). Metsätulo huomioidaan tuloina. Oikeus kuljetuspalvelun saamiseen määräytyy seuraavassa taulukossa 7 esitettyjen tulorajojen mukaisesti.

Taulukko 7. *Sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun tulorajat.*

Henkilöluku	1	2	3
Tuloraja	1200 €/kk	2130 €/kk	2900 €/kk
Bruttotulot €/kk			

Varallisuusrajaksi yhdellä henkilöllä ehdotetaan 6000 euroa ja kahdella henkilöllä 9000 euroa ja henkilöluvun kasvaessa varallisuusrajaa korotetaan 2000 eurolla henkilöä kohden. Hakija itse ilmoittaa yhteenlasketun varallisuuden. Tulorajoihin tehdään indeksikorotukset vuosittain.

**Siivouspalvelu** on osa kotihoidon palvelua ja kuuluu kunnan järjestämisvastuulle. Kunnan rooli on palvelun piiriin ohjaaminen, asiakkaan auttaminen palvelun hankkimisessa tai käytännön järjestäminen sekä asiakkaan maksukyvyyn varmistaminen. Siivouspalvelu toteutetaan yhteistyössä yksityisten palveluntuottajien, järjestöjen ym. kanssa. Palvelun toteutamisessa suositellaan otettavaksi käyttöön palvelusetelit.

**Asumispalveluissa** hoiva- ja hoitotyön sisältö määräytyy asiakkaan hoidontarpeen perusteella, ei valmiina asumiseen liittyvänä palvelukokonaisuutena. Palvelusta laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma (liite 8), johon yksilöidään asiakkaan hoidon sisältö. Hoidon sisällön määrittelyssä hoito- ja palvelusuunnitelman liitteenä käytetään asumispalvelujen sisältö lomaketta (liite 9). Lomakkeeseen rastitetaan asiakkaan asumispalveluun sisältyvät palvelut sekä mahdollisesti erikseen tukipalveluna myönnettävät palvelut. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus ymmärryksensä mukaan vaikuttaa palvelukokonaisuutensa muotoutumiseen. Kunnan vanhustenhuolto on hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa mukana ja yksi kappale suunnitelmasta on säilytettävä kunnan vanhustenhuollossa.

**Omaishoidontuen** piiriin pääsemiseksi tehdään toimintakyvyn arviointi käyttäen liitteissä 2-5 esitettyä arviointimenetelmää. Toimintakyvyn arvioinnissa saatu indeksiluku osoittaa

hoitoisuustaulukosta (liite 6), mihin maksuluokkaan asiakkaan omaishoidontuen palkkio sijoittuu. Yhdenvertaisuusperiaatteen mukaisesti kaikki riittävän indeksiluvun saaneet asiakkaat ovat oikeutetut samaan omaishoidontuen. Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa valmiiksi määritellyt indeksiluvut hoidon piiriin pääsemisestä ja maksuluokkiin asettumisesta eivät yksinään määritä oikeutta tuen piiriin tulemiselle tai hoitopalkkion maksuluokkiin sijoittumiselle. Arvioinnin tekijän harkintavaltaa käytetään, mikäli indeksiluku ei anna tarpeeksi tarkkaa kuvaa yksilöllisistä olosuhteista (esimerkiksi pienen indeksiluvun saanut asiakas ei ilman läheisensä antamaa jatkuvaa huolenpitoa selviydy kotona tai vaihtoehtoisesti korkean indeksiluvun saanut asiakas tarvitsee hyvin vähän apua, jolloin tapauskohtainen arviointi voi vaikuttaa omaishoidontuen myöntämiseen ja tuen määrään).

Yksilöllisesti arvioitaessa on kuitenkin huolehdittava siitä, että asiakkaat ovat tasavertaisessa asemassa. Tämän varmistamiseksi määritellään arviointiin vaikuttavaksi tekijäksi hoidon sitovuus. Hoitajan ollessa sidottu säännönmukaisesti lähes päivittäin tehtäväänsä määriteltyä pienemmällä indeksiluvulla lyhyitä poissaoloja lukuun ottamatta harkitaan alennettua hoitopalkkiota. Myös hoitajan oikeus vapaapäiviin määräytyy hoidon sitovuuden perusteella kuviossa 9 esitetyillä perusteilla. Hoidettavan säännöllinen päivittäinen poissaolo, enintään 7 tuntia/arkipäivä ei vie hoitajan oikeutta vapaaseen. Asiakkaan oikeudenmukaisen ja yhdenvertaisen aseman saavuttamiseksi on tärkeää, että arvioinnin suorittaa sama henkilö, joka tekee omaishoidontuesta päätöksen.

Hoitopäiviä kuukaudessa	Kertyvät vapaavuorokaudet
alle 10 hoitovuorokautta	0 vuorokautta
10–13 hoitovuorokautta	1 vuorokausi
17–23 vuorokautta	2 vuorokautta
24 vuorokautta tai enemmän	3 vuorokautta

Kuvio 9. Omaishoitajan oikeus vapaisiin.

Säännöllisen hoiva- ja hoitotyön asiakkaalle omaishoidontuen myöntämiskriteerinä on, että asiakas joutuu ilman palvelua ja omaishoitajan antamaa hoitoa siirtymään asumispalvelun tai laitoshoidon piiriin. Kotona annettavan hoidon tueksi järjestetään hoiva- ja hoitopalvelua pääsääntöisesti enintään 3 kertaa vuorokaudessa (esimerkiksi nostoapu, tarpeen vaatiessa käyntimääriä voidaan tilapäisesti lisätä). Hoito voi olla lyhyt- tai pitkäaikaista. Mikäli käynnejä tarvitaan jatkuvasti enemmän, tehdään palvelutarveselvitys SAS-ryhmässä hoitoisuutta vastaavan asumismuodon löytämiseksi.



Omaishoidontuessa ehdotetaan käyttöön neljää hoitoisuusluokkaa. Hoitoisuusluokka 1 on tarkoitettu asiakkaille, jotka tarvitsevat kotona selviytymisensä tueksi päivittäin vähäisessä määrin apua. Tuen tarve kohdistuu esimerkiksi kodinhoidollisiin tehtäviin, aterioiden järjestämiseen ja asiointiin. Tukiluokkaan 2 on oikeutettu asiakas, joka tarvitsee päivittäistä apua selviytyäkseen ruokailusta, pukeutumisesta ja peseytymisestä. Hoitaja voi kuitenkin jättää hoidettavan lyhyiksi ajoiksi yksinään. Tukiluokkaan 3 on oikeutettu asiakas, joka tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä perushoitoonsa liittyvissä tehtävissä sekä tarvitsee jatkuvaa valvontaa. Hoitaja on kokoaikaisesti sidottu tehtävänsä. Hoitoluokka 4 on tarkoitettu lyhytaikaisen raskaan siirtymävaiheen hoitoon.

Esimerkissä omaishoidontuen hoitopalkkion maksuluokiksi ehdotetaan vuoden 2010 tasolla:

- 1 lk. 347,41 €/kk,
- 2 lk. 521,10 €/kk,
- 3 lk. 694,81 €/kk,
- 4 lk. 868,50 €/kk hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana

Yhteisten maksujen määrittäminen edellyttää kuntien välistä neuvonpitoa ja tarvittaessa asteittaista siirtymistä yhtenäisiin maksuihin tietyn siirtymäajan puitteissa.

**Palveluseteli** suositetaan otettavaksi käyttöön kaikissa kunnissa huomioiden kuitenkin kunnan ja lähialueen yksityisen sekä kolmannen sektorin mahdollisuudet tarjota tarvittavia palveluja. Palvelusetelin arvo säännöllisen hoiva- ja hoitopalvelun yhteydessä määräytyy lakien ja asetusten mukaisesti. Palvelusetelin käyttämistä ehdotetaan laajennettavaksi tukipalveluiden piiriin siten, että toimintakyvyn arvioinnin perusteella palveluun on oikeutettu samoilla kriteereillä kuin oikeus omaishoidontukeen. Palveluseteliä ehdotetaan käytettäväksi myös siivouspalvelun järjestämiseen. Tukipalveluun oikeutetun palvelusetelin myöntämiselle ehdotetaan esimerkiksi sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun myöntämiselle asetettuja tuloarvoja.

## 5.5 Palvelurakenteet ja vastuualueet

Kunnat ovat Kysteri-liikelaitoksen perustamisesta huolimatta edelleen vanhusten avopalveluiden pääasiallisia tuottajia. Yritykset ja kolmas sektori tarjoavat pääasiassa kotihoidon tukipalveluja, joista merkittävimäksi kohoaa siivouspalveluiden tuottaminen. Palvelujärjestelmä täydentyy kolmannen sektorin tuottamilla palveluilla sekä omaisten ja vapaaehtoisten antamilla palveluilla. Tässä kehittämissuunnitelmassa ei ole tarkoituksenmukaista laatia yhdenmukaista organisaatiomallia, koska kunnat ovat kooltaan erilaisia. Kuitenkin on tar-

koituksenmukaista kiinnittää huomiota palvelukokonaisuuksien eheyteen esimerkiksi asumispalvelujen ostopalvelujen, sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalvelujen ja omaishoidontuen piiriin tulemisen arviointien, palvelujärjestelyjen ja muiden hajautuneiden palvelukokonaisuuksien osalta.

Yhdenmukaisessa toimintamallissa ehdotetaan päätöksen tekeminen siirrettäväksi samalle viranhaltijalle, joka vastaa palvelukokonaisuudesta muutoinkin. Liikelaitoksen perustamisen yhteydessä useammassa kunnassa hyvin toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eriytyvät eri organisaatioihin. Kotisairaanhoido siirtyy kunnalle ja laitoshoido vastaavasti kunnalta liikelaitokselle. Siirrot vaikeuttavat toimivaa yhteistyötä ainakin niissä kunnissa, joissa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon vanhustalpalvelut ovat jo toteutetut yhdessä organisaatiossa. Vastuualueiden ja tehtävien määrittelyä varten olen laatinut liitteeseen 10 taulukon, jonka avulla suunnittelua voidaan tehdä.

## 5.6 Asiaksmaksujen määräytyminen

Hoiva- ja hoitotyön maksuperuste ehdotetaan kaikissa kunnissa muutettavaksi tuntiperusteiseksi. Ajan määrittelemiseksi uudelle asiakkaalle tehdään 1-2 viikkoa kestävä ajan seuranta, jonka jälkeen vasta tehdään maksupäätös. Käyntimäärät tilastoituvat vanhustenhuollon ohjelmassa olevalle viikkoruudukolle todenmukaisesti. Mikäli jollakin asiakkaalla on vuorokaudessa enemmän käyntejä kuin ruudukkoon on mahdollista syöttää, tilastoidaan käyntimäärät manuaalisesti ja ilmoitetaan todenmukaisena Hilmo-tilastoon.

Avohoidon hoiva- ja hoitotyön asiaksmaksujen määrittämiselle asiaksmaksulaki antaa selkeät perusteet ja maksutaulukon, johon on määritelty korkein asiakkaalta pidätettävä maksuprosentti. (Kotihoidon maksut, 2010). Kunnat voivat itsenäisesti päättää hoitoisuusluokat ja niistä pidätettävän maksuprosentin asetettuun rajaan saakka. Asiakkaiden yhdenvertaiseen asemaan saattamiseksi Kysterin toiminta-alueen kunnissa ehdotetaan maksutaulukkoa, johon on määritelty hoitoisuusluokat ja hoidosta pidätettävät maksuprosentit. Koska asiaksmaksulaissa (1992/734) olevan asiaksmaksuasetuksen 2 luvun (Avopalvelujen maksut.) mukaan avohoidossa olevaksi määritellään myös sosiaalihuoltolain 22 §:ssä ja 23 §:ssä tarkoitettuja asumispalveluja saavat asiakkaat, niin myös heidän maksujensa tulisi määräytyä avohoitomaksujen mukaisesti.

Asumispalvelun asiaksmaksun määrittämisessä huomioidaan, että avohoidossa maksujen tulee pohjautua annetun hoidon määrään. Asiaksmaksulain edellytys siitä, että kunnan tai kuntayhtymän itse tuottamista palveluista peritään sama maksu kuin ostopalveluna hanki-

tusta asumisesta huomioidaan käyttämällä molemmissa asumismuodoissa samaa maksutaulukkoa. Asiakasmaksun määrittäminen käyttämällä avohoidon maksutaulukkoa onnistuu myös ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä, jos laskutusperusteena käytetään tuntia. Hoitoisuuden arviointi tehdään liitteissä 2-5 esitetyllä arviointimenetelmällä, jolloin saadaan suoraan näkyville hoitotunteihin perustuva asiakkaan maksuluokka. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että asiakasta sijoitettaessa yrittäjän kanssa sovitetaan yrityksen käytössä olevat hoitoisuuteen perustuvat maksuluokat arviointitaulukkoon sopiviksi. Asiakkaan saamasta hoivasta tehdään asumisyksikköön tulemisen yhteydessä aikaseuranta.

Seuraavassa taulukossa 8 on ehdotettu hoiva- ja hoitotyön asiakaslaskutusperusteet sekä kotona asuville, että palveluasumisen ja asumispalvelun piirissä oleville asiakkaille.

Taulukko 8. Avohoidon maksutaulukko, säännöllinen hoiva- ja hoitotyö.

tuloraja	perheen koko/ talous	alle 5 tuntia/kk	yli 5 -15 tuntia/kk	yli 15 – 25 tuntia/ kk	yli 25 - 40 tuntia/kk palveluasuminen	yli 40 – tuntia/ kk valvottu ja autettu asumispalvelu
520 €	1	12 %	20 %	25 %	30 %	35 %
959 €	2	10 %	14 %	16 %	18 %	22 %
1504 €	3	8 %	12 %	14 %	16 %	18 %
1860 €	4	6 %	9 %	11 %	13 %	15 %

Ratkaisumallina asumispalvelujen asiakasmaksujen perintään on se, että kaikki palvelut tuotteistetaan ja hinnoitellaan todellisten kustannusten mukaan. Tällöin tuotteiden hinnat määritellään siten, että ne kattavat kaikki kertyneet kustannukset. Tätä asiakaslaskutusmallia käytettäessä hoivasta laskutetaan yllä olevalla taulukolla 35 %, mikäli hoitoisuus ylittää 40 tuntia kuukaudessa. Asumispalvelujen sisältö lomake (Alenius 2007) on liitteenä 9.

### 5.7 Palvelujen vaikuttavuus, kattavuus ja tuloksellisuus

Kiinnitettäessä huomio palveluiden vaikuttavuuteen puhutaan palveluiden määrästä, laadusta, riittävydestä, peittävydestä ja kohdentuvuudesta. Kuviossa 10 esitetään palvelutarpeen perusteella kohdennettujen palvelujen vaikuttavuudelle asetetut tavoitteet ja arviointikriteerit.

	Vaikuttavuus	Arviointi
<b>Ennakoivat palvelut</b>	Asiakkaan hyvinvoinnin ja turvallisuudentunteen lisääntyminen, kotona asumista estävien tekijöiden poistaminen, omatoimisuuden lisääntyminen, estetään elinympäristöstä johtuva palvelutarpeen lisääntyminen.	Asiakastasolla: Saavutetaanko toimintamuodoille asetetut asiakas-kohtaiset tavoitteet, aleneeko raskaampien hoitomuotojen tarve, lisääntyykö turvallisuuden kokeminen Organisaatiotasolla: Kohdentuvatko palvelut palvelutarpeen mukaisesti. Saavutetaanko asetetut kattavuus-tavoitteet, laadulliset tavoitteet,
<b>Varhaisen vaiheen palvelut</b>	Kotona selviytyminen, säännöllisen hoiva- ja hoitotyön, asumispalvelun sekä laitoshoidon-tarpeen siirtyminen myöhäisemmäksi. voi-maantuminen ja osallisuuden lisääntyminen.	
<b>Päivittäin annettavat palvelut</b>	Asiakkaan hyvinvoinnin muutos, terveyden ja toimintakyvyn paraneminen/säilyminen	
<b>Ympäri vuorokautinen hoiva ja hoito</b>	Mahdollisuus asua kodinomaisesti, asiakkaan koettu elämänlaatu paranee, sairaalahoidon tarve vähenee.	ovatko asiakkaat tyytyväisiä palveluun, vastaako palvelujen määrä palvelutarpeeseen,
Tuotettujen palvelujen kustannustehokkuutta tarkastellaan taloudellisten kustannusten suhteessa suoritteilla aikaansaatuihin vaikutuksiin.		

Kuvio10. *Palvelujen vaikuttavuus.*

Palvelujen kattavuustavoitteina ovat Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa annetut indikaattorit, joiden toteutumisen seurannassa ja tulevien vuosien suunnittelussa apuvälineenä voidaan käyttää liitettä 7, palvelun piiriin tuleminen. Taulukkoon voidaan kirjata palveluittain suositusten mukainen palvelujen määrä, asiakkaiden määrä, vaje/ylitys ja palvelun kustannukset. Haluttaessa suunnitella palveluja useamman kunnan kanssa yhdessä toteutettavaksi taulukoiden avulla on helppo suorittaa kuntien välistä vertailua ja tehdä yhteisiä linjavetoja.

Kehitetyssä toimintamallissa tuloksellisuutta tarkastellaan palvelujen laadun ja – vaikuttavuuden pohjalta, jolloin mittareiksi muodostuvat muun muassa palvelutarpeen tyydyttyminen ja asiakkaiden tyytyväisyys saamiinsa palveluihin. Mahdollisuus palvelujen taloudellisen tuloksellisuuden arvioimiseen ja kuntien väliseen vertailuun muodostuvat palvelumallin käyttöönoton myötä.

## 6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Pohdintaosuudessa arvioin ja käsittelen kehittämisprosessin kulkua ja kehittämistyölle asetettujen tavoitteiden toteutumista erityisesti palvelujen asiakaslähtöisyyden ja asiakkaiden yhdenvertaisuuden näkökulmista. Tarkastelen myös kehittämisprosessin onnistumista ja nostan esille joitakin siihen vaikuttaneita tekijöitä siten, että tarkemman pohdinnan kohteeksi nousee niitä aihealueita, jotka vaikuttivat kehittämistyöhön merkittävimmin joko oman oppimisen tai yhtenäisen palvelumallin kehittämisen kannalta. Pohdinnan kohteena ovat myös yhtenäisen palvelumallin eettiset näkökohdat, selvityksen luotettavuus ja yhtenäisen kotihoitomallin siirrettävyys. Lopuksi arvioidaan kehittämisprosessin toteutukseen ja omaan oppimiseen liittyviä tekijöitä.

### 6.1 Asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden yhdenvertaisuus uudessa palvelumallissa

Kuntien monenkirjavat käytännöt ja asiakkaiden eriarvoisuus palvelujensisältöjen ja palvelun piiriin pääsemisen suhteen nostivat asiakaslähtöisyyden ja asiakkaiden yhdenvertaisuuden kehittämistyötä ohjaaviksi tekijöiksi. Toimintamallissa yhdenvertaisuus pyrittiin saavuttamaan erityisesti yhtenäistetyillä palvelujen piiriin pääsemisen kriteereillä ja yhtenäisillä palvelujen sisällöillä sekä yhtenäisillä asiakaslaskutuksen perusteilla. Kehittämistyössä kuntien itse tuottamien vanhustenhuollon palvelujen hajanaisuutta pyrittiin vähentämään palvelumallilla, jossa kaikki palvelukokonaisuudet tuotetaan vanhustenhuollon tulosityksissä. Hajanaisuus vähenee osaltaan myös kotisairaanhoidon siirtyessä osaksi kunnan palvelutuotantoa.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812) on asiakaslähtöisten palvelujen peruslähtökohta. Laissa määrätään, että asiakkaan toivomukset ja mielipide on otettava huomioon palvelujen järjestämisessä. Asiakaslähtöisyys on tällöin asiakkaan kuulemista ja hänen tarpeisiinsa vastaamista. Nykykäytännössä kunnissa painotetaan paljon hoitoa tarvitsevien palveluihin ja hoidetaan ne tehtävät, mitkä ovat lain säädännön nojalla pakollisia. Toiminnallisissa sisällöissä tämä tarkoittaa sitä, että hoidetaan ainoastaan asiakkaan selviytymisen kannalta välttämättömiä hoidollisia tehtäviä, jolloin asiakas joutuu kokoamaan tarvitsemansa palvelukokonaisuuden useilta eri tahoilta. (Ikonen & Julkunen, 2007, 44–45.) Kaikilla ikääntyneillä ei riitä tähän voimavaroja ja he tyytyvät siihen, mitä valmiiksi järjestetään. Menettely johtaa jopa siihen, että vanhus joutuu muuttamaan kotoaan selviytymisensä ja mahdollisuuksiensa puolesta, koska riittäviä asumista tukevia palveluja ei ole tarjolla eikä niitä ole kehitelty riittävästi. Kehittämässäni palvelumallissa paino-

tetaan varhaisen vaiheen palveluihin (ehkäisevät palvelut ja tukipalvelut). Kehittämistyön kirjallisuussosiossa nousi esille, että asiakaslähtöisyys julkisissa palveluissa on kaksijakoinen johtuen viranhaltijan roolista jossa pitäisi huomioida asiakkaan tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen kohtelu ja samalla saatava poliittisten päättäjien hyväksyntä toiminnalleen. (Niemi 2006, 19–25.) Puntaroin näitä reunaehdoja erityisesti palvelun piiriin pääsemisen kriteereiden suunnittelussa. Toisaalta palvelut pitäisi suunnata asiakkaille toimintakyvyn säilymisen kannalta mahdollisimman varhain, kustannusten kannalta ei yhtään liian varhain.

Yhdenvertaisuuden toteutumiseksi kotihoidon palvelujen tulee olla samanlaisesta ongelmasta kärsiville yhdenvertaisia. (Teperi 2006, 9). Viranhaltijoilta ja päättäjiltä edellytetäänkin tahtoa työskennellä eriarvoisuuden poistamiseksi erityisesti asiakaslaskutuksen, palvelujen sisällön ja palvelujen piiriin pääsemisen suhteen. Asiakaslaskutusperusteiden osalta yhtenäisen toimintamallin käyttöönottoaminen on yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisen kohtelun kannalta erityisen tärkeää. Asumispalvelujen asiakaslaskutuksessa olisi nähtävä, että asiakkaat asuvat huoneenvuokralain mukaisessa vuokrasuhteessa ja huolehtivat itse ainakin osasta elinkustannuksistaan. (Asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 2007/1507; Välikangas 2009, 8.)

Se, että laitoshoidon laskutusperiaatteella tehdyssä maksun määrittämisessä otetaan huomioon joitakin asiakkaan elinkustannuksia, ei tee laskutusperustetta oikeudenmukaiseksi. Ongelmaksi muodostuu koko ajan muuttuvat pakolliset kustannukset. Kokemus vanhus-tenhuollosta on osoittanut, että esimerkiksi lääkekustannukset vaihtelevat lyhyen ajan sisällä jopa satoja euroja kuukaudessa. Lisäksi on huomioitava hyvin erilaiset terveydenhoitoon liittyvät kustannukset ja se, että asiakas joutuu itse kustantamaan esimerkiksi vaatteensa, hiustenleikkuunsa, jalkahoitonsa ja muut haluamansa palvelut tai tarvikkeet. Käytännössä asiakkaan maksua ei useinkaan tarkisteta, ellei ole joku, joka osaa sitä nimenomaisesti vaatia. Oikeudenmukainen laitoshoitomaksun tai muun kiinteän maksun perusteella tehty laskutus edellyttäisi kuukausittain tehtyä laskelmaa, jossa huomioidaan menot samalla periaatteella kuin toimeentulotukilaskelmassa.

Vanhustenhuollossa nousee aika-ajoin näkyville, että monet asumispalvelun piirissä olevat asiakkaat haluaisivat osallistua perheidensä ja sukunsa yhteisiin juhliin tai muihin menoihin voimiansa mukaan entisin tavoin. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että he voisivat osallistua esimerkiksi suvun merkkipäivien muistamiseen ja heidän juhliinsa. Asuminen asumispal-

velussa vie käytettävissä olevat rahat niin tarkkaan, että näihin ”omiin” menoihin ei jää mitään ja vanhus tuntee ihmisarvonsa alentuneen ja syntyy kokemus siitä, että ei voi olla täysipainoinen perheen ja suvun jäsen, jolloin helposti tapahtuu eristäytyminen. Asumispalvelun piirissä asuvista vanhuksista on syytä huomioda, että osa heistä on mieleltään täysin virkeitä ja osallistumishaluisia. Asiakslähtöisyyttä ja eettistä asiakasmaksuissa on se, että asiakas otetaan huomioon yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä, kuten muutkin kansalaiset. Asiakasmaksujen määräämisessä pienillä asioilla on usein iso merkitys asiakkaan kannalta, jopa kunnissa käytössä olevat lomakkeet voivat olla asiakasta loukkaavia.

Maksujen määrittelemisessä tulisi miettiä, voivatko hinnat olla avohuollossa vastaavat kuin asumispalveluissa vai tulisivatko ne liian korkeiksi eikä palveluita sen tähden käytettäisi. Jäljelle jäävillä rahoilla asiakkaan tulisi pystyä maksamaan vuokransa, tukipalvelunsa, lääkkeensä, vaatteensa, huonekalunsa, kampaajansa, jalkahoitonsa, terapiansa, kuntoutuksensa sekä muut yksityiset kustannuksensa. Tarvittaessa käytettäisiin hoivamaksun ja tukipalvelumaksujen maksualennusta tapauskohtaisesti.

Kauaskantoisena kehittämislinjauksena voisikin olla asiakslähtöisyyden ja asiakkaiden yhdenvertaisuuden näkökulmasta katsottuna avohoidon maksutaulukon (Kotihoidon maksuprosentit ja tulorajat, 2009) lakiperustainen muuttaminen siten, että lisätään korkeampia maksuprosentteja paljon hoitoa vaativille asiakkaille. Perusteena se, että asumispalveluissa asiakkaan hoitoisuus voi olla lähellä laitoshoidon tasoa, toisaalta kotihoidossa liikutaan lähellä samoja hoitotuntimääriä kuin asumispalveluissa. Asiakasmaksujen hoivamaksutaulukon tarkistaminen muutamalla portaalla ylöspäin helpottaisi myös byrokratiaa. Tässä mallissa ehdottomasti selvitettäväksi tulisi se, mitä hoiva pitää sisällään ja mitä erikseen laskutettavia tukipalveluita on. Menetelmällä voitaisiin tasapuolisesti ja asiakslähtöisesti kohdella asiakkaita ja pitää tasapainossa ja kohtuudessa myös yhteiskunnan ja yksilön välisiä kustannuksia. Esitän esimerkinomaisesti laaditun taulukon 9 siitä, miten avohoidon maksutaulukko voisi ”jatkua” asumispalveluun ja samalla sitä voisi käyttää omissa kodeissa asuvien, hyvin paljon hoitoa saavien asiakkaiden laskutuksessa. (Ks. myös hoitoisuus- taulukko, liite 6).

Taulukko 9. Ehdotus asumispalvelun asiakasmaksujen määrittelymiseen

26- 40 tuntia/kk palveluasuminen	41-80 tuntia/ kk valvottu ja ohjattu ja tuettu asumispalvelu	81 -110 tuntia/kk autettu asumispalvelu	Yli 110 tuntia/ kk Tehostettu asumis- palvelu
30 %	35 %	50 %	70 %
17,5 %	20 %	40 %	<b>Asiakkaalle teh- dään laskelma huomioonotetta- vista menoista</b>
12,5 %	15 %	35 %	
10 %	12,5 %	30 %	

Asumispalveluissa asiakkaan tulisi voida itse määritellä tarvitsemansa palvelukokonaisuudet. (Muurinen ym. 2009; Välikangas 2009). Käytännössä muuttaessaan asumispalveluyksikköön joutuu ottamaan työntekijälähtöisesti määritellyn ”koko” paketin. Kehittämistehtävän uudessa yhtenäisessä toimintamallissa nämä ongelmat pyritään poistamaan sillä, että asumispalvelu on selkeästi avohoitoa, jossa palvelut perustuvat yhdessä asiakkaan/omaisen ym. kanssa laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan siten, että palvelukokonaisuus määräytyy yksilöllisen hoidontarpeen perusteella. Asiakkaan siirtyessä asumispalvelun piiriin hänelle sovitaan asumispalvelun sisältöomakkeesta hänen palvelutarpeeseensa perustuvat palvelut ja asiakasmaksujen määrittely tehdään myös sen mukaisesti.

## 6.2 Vaikuttavuuden, kattavuuden, tuottavuuden ja tuloksellisuuden toteutuminen

Kehittämistehtävän yhtenä tavoitteena oli palveluiden muodostaminen siten, että ne toteutetaan taloudellisesti. Kustannusten vertailu kuntien tuottamien palveluiden välillä oli suurista sisällöllisistä eroista johtuen hankalaa. Teoriataustassa ilmeni, että kustannuseroihin ei ole yksiselitteistä syytä, vaan kokonaisuus on riippuvainen kuntien omista toimintakäytännöistä ja painotuksista. Toiminnan tuloksellisuuden todettiin olevan suorassa yhteydessä hyvään suunnitteluun ja kehittyneeseen sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen yhteistyöhön. (Vaarama 2000, 29–42.) Paras- lainsäädännön mukaisten yhteistyöalueiden muodostaminen asettaa suuria haasteita erityisesti ehyiden palvelukokonaisuuksien suunnittelulle.

Palveluiden tuottavuuden ja tuloksellisuuden vertailemisen edellytykset syntyvät vasta tulevana vuosina sitä mukaa, kun sisällöltään ja laadultaan samanlaiset palvelut otetaan käyttöön sekä toteutetaan yhdenmukaisissa tulosityksiköissä. kustannuksiin vaikuttavana



tekijänä Liikelaitoksen toiminnan käynnistyessä tulisi kiinnittää erityistä huomiota liikelaitoksen tuottamien palvelujen ja kunnan tuottamien palvelujen yhteiseen suunnitteluun ja palvelujen saumattomuuteen eri organisaatioiden välillä.

Valtiovarainministeriön julkaisusta (Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 2009) ilmenee, että nykyisin palveluja järjestetään ja yhdistetään hyvin erilaisin tavoin, josta aiheutuu monien entisten hyvin toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyökuvioiden rikkoutumista ja kokonaisuuksien hajoamista. Liikelaitoksen perustamisen myötä osa palveluista on siirtymässä kunnilta liikelaitokselle, osa toimivilta kuntayhtymiltä kunnille, jopa niin, että nykyisin vanhustenhuollossa yhtenä organisaationa toimiva sosiaali- ja terveydenhuolto (perusturva) jakautuu eri organisaatioihin. Useissa kunnissa nykyiset käytännöt olivat toimivia ja palvelut lomittuivat saumattomasti. Haaste kohdistuu yhteiseen kehittämiseen, että päästäisiin ehyeen sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen yhteistyöhön. Toisaalta kotisairaanhoidon siirtyminen kuntaorganisaatioon saattaa pienentää nykyistä vastakkain asettelua sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tehtävien jakautumisessa. Nykykäytännössä on hyvin yleistä, että arvostetaan terveydenhoidollista koulutusta niissäkin tehtävissä, joihin ei liity hoidollisia toimenpiteitä. Tämä on havaittavissa myös vanhustenhuollon johtotehtävien jakaantumisessa laajemminkin kuin Kysteri-alueen kunnissa. Sosiaalialan vahva osaaminen ei helposti löydä palvelujärjestelmästä paikkaansa.

Vaikuttavuutta ja samalla kattavuutta tarkasteltaessa kysymykseksi nousee, halutaanko järjestää kunta- ja palvelurakennemuutoksessa tavoitteeksi asetetut, kaikille suomalaisille yhdenvertaiset, kattavat ja vaikuttavat sosiaali- ja terveystalvet vai kiinnittykö kehittäjien huomio pikemminkin tavoitteisiin kehittää palveluiden tuotantotapoja ja organisointia, parantaa tuottavuutta ja hillitä menojen kasvua. (L Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 2007; Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita, 25–26). Monet kunnat ovat lähteneet kunta- ja palvelurakennemuutoksessa hyvin varovaisesti liikkeelle. Kysterin alueella tämä näkyy siinä, että ei ollut valmiutta (rohkeutta) siirtää liikelaitokselle sosiaalitoimen kokonaisuutta tai koko vanhustenhuollon osa-alueita. Liikkeelle lähdettiin pienimmällä mahdollisella määrällä eli siirtämällä perusterveydenhuollon palvelut sekä niihin kiinteästi kuuluviksi katsottu sosiaalitoimen alainen vanhusten laitoshoido, jota ei kaikissa kunnissa ole.

Ymmärrystä vanhusten palveluiden vaikuttavuudesta tarvitaan suunnittelun ja kustannus-seurannan välineenä. On kuitenkin tärkeää muistaa, että vaikuttavuus on toiminnan pääta-voite. (Möttönen 2006). Kotihoidon asiakkaan osalta palvelujen vaikuttavuus näkyy hänen elämäntilanteeseensa tavoiteltuna muutoksena tai tilanteen vakaana pysymisenä. (Silvennoinen-Nuora 2005). Kunnan näkökulmasta keskeistä on palvelujen kohdentuminen tarkoi-tuksenmukaisesti niille asiakkaille, jotka saavat palvelusta suurimman hyödyn. (Kan-gasharju 2008, 23). Hyötynä voidaan pitää asiakkaan selviytymistä entisissä olosuhteissa ilman merkittävää lisäävun tarvetta. Vaikutusten arvioinnissa ongelmaksi muodostuu se, että vaikutukset ovat vaikeasti osoitettavissa ja mitattavissa. Asiakkaan tasolta vaikutta-vuutta voidaan arvioida palvelutarpeen tyydyttymisenä. Työntekijätasolla nähdään, mihin tilanteeseen jouduttaisiin, ellei palvelua olisi järjestetty, mutta sitä on vaikea perustella resursseista päättävälle. Yhtenä vaikuttavuuden mittarina on se, miten palvelutarve ja pal-velutarjonta kohtaavat.

Paras- lainsäädännön mukaista palvelujen kehittämistä on osaltaan jarruttanut kuntien halu pitää kiinni lähipalveluistaan, koska on jo olemassa vertailutietoa siitä, että palvelut ovat yhdistymisten vuoksi etääntyneet. Lisäksi on nähtävissä, että siirtyminen yhteistoiminta-alueisiin ei ole tuonut kunnille säästöjä, kustannukset ovat jopa nousseet. Kunnissa pelä-tään myös päätäntävällän siirtymistä etenkin silloin, jos joku yhteistoiminta-alueen kunnis-ta on selvästi muita suurempi. Pelot ovat ymmärrettäviä etenkin vanhuspalveluissa, eihän iäkkäillä omaisilla ole usein edes mahdollisuutta vierailla etäälle sijoitettun läheisensä luo-na. Voidaankin esittää kysymys siitä, miksi muodostetut yhteistoiminta-alueet haluavat keskittää palvelutoiminnat suurille paikkakunnille, vaikka valtakunnallisissa linjauksissa painotetaan lähipalvelujen säilyttämistä.

### 6.3 Pohdintaa ehkäisevien työmuotojen ja vastuualueiden kehittämisestä

Kehittämistyössä ei ole määritelty henkilöstömitoituksia tai valmiita tehtäväalueita. Muo-dostettaessa yhteistoiminta-alueita henkilöstön vastuualueita voidaan määritellä laatimani liitteen 10 (vastuualueet) avulla. Henkilöstön ja vastuiden jaon osalta asiakaslähtöisyyteen vaikuttavaksi tekijäksi muodostuu se, että palvelukokonaisuudet keskitetään vanhusten-huoltoon. Merkittävää on myös se, että arvioija ja päätöksentekijä ovat sama henkilö tai ovat ainakin kiinteässä yhteistyössä. Yhtenäistettyjen toimintamallien ja vastuualuejakojen käyttöönottamisessa on aiheutta käyttä siirtymäaika, jotta kuntien erilaiset käytännöt saa-taisiin toimiviksi mahdollisimman joustavasti.

Suomessa ehkäisevien toimintamuotojen säännönmukaiseen käyttämiseen ollaan vasta panostamassa ja valtakunnalliset kehittämisohjelmat toimivat ohjauksen välineinä. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien osalta Tanskan mallin mukaiseen lakisääteiseen, kaikille tiettyyn ikäryhmään kuluvalle ikäihmiselle järjestettyyn palvelumuotoon ei näytä olevan tarvetta. Tämä kuitenkin edellyttää, että asiakaskohtaisten kyselyjen ja yksityisten palvelujen tuottajien kautta tulevien tietojen avulla tavoitetaan käynnistä hyötyvät asiakkaat ja yhteydenotot saadaan toimimaan kattavasti. Sen sijaan Tanskan mallin mukainen asiakkaan omia voimavaroja ja itsenäistä selviytymistä vahvistava ote pitäisi sisällyttää kotikäynteihin.

Palveluohjaus on vahvasti siirtymässä käytäntöön ja on ensiarvoisen tärkeää, että siitä tehdään talousarviossa huomioitua suunnitelmallista toimintaa. Koulutusta tarvittaisiin palveluista päättävillä ja palvelua toteuttavilla viranhaltijoille. Sekä hyvinvointia lisäävien kotikäyntien että palveluohjauksen suunnittelussa tulisi pyrkiä pois työntekijälähtöisestä toimintatavasta tai reviiriajattelusta. Kuntakysely nosti näkyville kotisairaanhoidon ja sosiaalitoimen välistä ristiriitaa siitä, kuka on oikea viran/toimenhaltija toteuttamaan molempia ehkäiseviä työmuotoja. Kysterin toiminta-alueella ongelmaan ratkaisuksi saattaa muodostua se, että kotisairaanhoido liittyy samaan organisaatioon, osaksi kuntien vanhustenhuoltoa.

#### 6.4 Eettiset näkökohdat

Kehittäessäni ”Parasta palvelumallia” jouduin miettimään, mitä on eettisyys vanhustenhoidossa, kehitänpö palveluja tuottajälähtöisesti, työntekijälähtöisesti vai asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöisessä palvelumallissa asiakas nähdään palvelun käyttäjänä, ei sen kohteena. Palveluiden toteuttamisessa pyritään huomioimaan entistä voimakkaammin yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden näkökulmat.(Muurinen ym 2009). Iäkkään ihmisen aktiivisuus ja toimintakyky ovat usein monella tavoin alentuneet. Hänestä ei ole aina puolustamaan omia näkemyksiään ja ilmaisemaan omaa tahtoaan palveluidensa suhteen. Tämä asettaa haasteita sekä palveluja kehittäville, palveluista vastaaville että hoitotyötä tekeville. Kotihoidossa oleva vanhus on usein täysin riippuvainen hänelle järjestetystä palvelusta ja ilman sitä asuminen kotona on mahdotonta. Kuntatasolla kehittämistyötä ohjaa väistämättä taloudelliset näkökohdat.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 12) määritellään palvelujen kehittämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Keskeisenä palveluiden kehittämisen lähtökohtana nostetaan esille Suomen perustuslaissa säädetty ihmisoikeuksien toteutuminen, josta ikään-tyneiden palvelujen sisältöön ja kehittämiseen vaikuttaviksi tekijöiksi nousevat oikeus yh- denvertaisuuteen, sosiaaliturvaan ja välttämättömään huolenpitoon sekä riittäviin sosiaali- ja terveystalveluihin. Keskeisiksi ihmisarvoista vanhuutta turvaaviksi eettisiksi periaat- teiksi on nimetty itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osalli- suus, yksilöllisyys ja turvallisuus.

Tässä kehittämistehtävässä edellä esitetyt ihmisarvoisen vanhuuden turvaavat eettiset peri- aatteet on huomioitu kiinnittämällä huomiota asiakkaan mahdollisuuteen päättää itse palve- luistaan tai siitä, tarvitseeko hän niitä vai ei. Valinnan mahdollisuutta pyritään parantamaan kehittämällä palvelukokonaisuutta siten, että asiakas voi ostaa palvelunsa haluamiltaan, käytettävissä olevilta tahoilta. Valinnan mahdollisuuteen kiinnitetään huomiota käyttämällä palveluohjaajaa (”koordinaattoria”), joka kartoittaa tahot, jotka voivat tulla mukaan palve- lujärjestelmän eri osa-alueille.

Keskeiseksi eettiseksi kysymykseksi nousee, mitkä ovat asiakkaalle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut ja ketkä ne määrittelevät? Oikeudenmukaiseen palvelutarpeen arviointiin pyritään yhdenmukaisilla palvelunpiiriin pääsemisen kriteereillä, mutta niillä mitattu pal- velutarve ei mittaa asiakkaan kokemusta tarpeesta. Mittari ei myöskään huomioi elin- olosuhteiden vaikutusta kotona selviytymiseen tai tarvittavien palvelujen määrään.

## 6.5 Kehittämistyön luotettavuus

Kehittämistehtävässä luotu yhteneväinen toimintamalli muotoutui teorian ja kunnissa käy- tössä olevien nykyisten toimintamallien pohjalle. Kerätty aineisto oli kunnissa käytettävää, toiminnan tuloksena syntynyttä tilastotietoa, raportteja, toimintasuunnitelmia ja muita työ- papereita, mitkä kaikki kuvaavat toimintaa sellaisena kuin se on toteutettu tai suunniteltu toteutettavaksi. Palvelujen yhtenäistämistä varten koottu teoriatausta muodostui pääosin uusimmista tutkimuksista, valtakunnallisista kehittämistä ohjaavista julkaisuista, raporteis- ta ja työpapereista, toimintasuunnitelmista sekä lainsäädännöstä.

Kunnista pyydetyn ja saadun valmiin aineiston pohjalta muodostui kokonaiskäsitys koti- hoidon palvelujen toteutuksesta. Kyselemällä koottu tarkentava tieto avasi palvelujen sisäl-

löt ja tarkemmat toteuttamistavat. Kuntien välistä vertailua pyrin tekemään tilastotiedon perusteella. Hämmäntäväksi tekijäksi muodostui kuitenkin tilastotietoihin ilmoitettujen palvelusisältöjen ja asiakaslaskennan erot. Tilastot eivät kuvanneet samansisältöisiä palveluja. En kyennyt ottamaan huomioon taloudellisia tekijöitä ja kehittämään toimintamallia, joka olisi kustannuksiltaan ja tehokkuudeltaan paras mahdollinen, jolloin huomio kiinnittyi entistä selvemmin asiakaslähtöisyyden kehittämiseen.

Oman hankaluutensa luotettavaan nykytilan kartoitukseen toi käyttämieni tilastojen eriaikaisuus. Kotihoidon osalta toimintatilastot olivat vuodelta 2008, asumispalveluiden ja kustannusten osalta vuodelta 2007. Tämä heikensi osaltaan mahdollisuutta vertailla kuntien tuottamien palveluiden kustannuseroja. Osassa kunnista oli tapahtunut taloustilaston ilmentymisen jälkeen suuria organisaatio muutoksia, joilla on ollut suuri vaikutus sosiaalitoimen palveluiden kustannuksiin. Esimerkiksi terveyskeskuksen vuodepaikoista oli luovuttu ja vanhukset sijoitettu tehostettuun asumispalveluun. Koska vanhustenhuollon palvelut olivat hajautuneet kunnissa tulosityksiköihin hyvin monimuotoisesti ja useat eri henkilöt vastasivat niiden toteutuksesta, jouduin tekemään tarkentavan kyselyn useammalle henkilölle. Silti jäi aihealueita, joista oli vastuussa vielä eri henkilö enkä saanut haluamaani tietoa, jolloin nykytilan kuvauksesta saattoi jäädä pois merkittäviäkin asioita.

Yhtenäisen toimintamallin perusajatuksina olivat asiakaslähtöisyys, vertailtavuus, kustannustehokkuus ja kattavuus. Koska kuntien tilinpäätöstiedot eivät kuvanneet samanlaisia palveluita ja palvelukokonaisuuksia eivätkä tilastotiedot antaneet ajankohtaisia tietoja taloudesta, jäi kustannusvaikutusten arvioiminen entiseen palvelumalliin nähden tekemättä. Vertailtavuus syntyy tulevaisuudessa, jos yhteiset palvelunpiiriin pääsemisen kriteerit, palvelujen sisällöt, laskutusperusteet otetaan käyttöön ja palveluiden tuottamisesta vastuussa olevat tulosityksiköt muodostetaan yhdenmukaisiksi.

## 6.6 Yhtenäisen sisältömallin siirrettävyys

Kehittämistyö on tehty Kysteri- liikelaitoksen kuntien alueelle ja pohjautuu näiden kuntien kotihoidon nykytilanteesta esille nousseisiin lähtökohtiin. Näissä kunnissa yhtenäisen palvelumallin ottaminen laajapohjaiseen käyttöön olisi mahdollista. Tämä kuitenkin edellyttäisi päättäjätasolla käytyjä neuvotteluja palveluiden sisällöistä, palvelukäytännöistä, hinnoista ja joidenkin maksuluokkien tai tuloajojen määrittelystä. Erityisesti asiakasmaksuja yhtenäistettäessä tarvitaan siirtymäaikoja, koska vanhustenhuollon palvelujen taloudellinen

suunnittelu tehdään talousarvioiden puitteissa. Asumispalvelujen asiakaslaskutusmallin käyttöönottamista rajoittavat valtakunnalliset määrittelyt tai niiden puuttuminen. Ehdottamani avohoidon maksutaulukkoon pohjautuva menetelmä on vastoin nykyistä lainsäädäntöä, koska korkein nykyinen pidätysprosentti on 35. Laskutusperusteita ollaan kuitenkin uusimassa ja sitä varten on asetettu selvitystyöryhmä, jonka selvityksen perusteella kunnille annetaan uudet ohjeet kunnille. (Muurinen ym. 2009).

Kehittämistehtävässä esitettyjen ratkaisumallien yhteinen käyttöönottaminen kunnissa edellyttää, että on ensin selkeytettävä ja yhdessä sovittava, mitä hoiva pitää sisällään niin avohuollossa kuin asumispalveluissakin ja mitä ovat erikseen laskutettavat tukipalvelut. Sitten on tehtävä tarvittava kustannuslaskenta ja sovittava maksut, käytetäänkö niissä kompensatiota vai määritelläänkö ne todellisten syntyneiden kustannusten mukaan siten, että tarvittaessa käytetään maksualennusta. Tämän jälkeen malli olisi siirrettävissä käytäntöön joko osittaisena tai koko kotihoidon toimintamallina. Jatkokehittämisen kohteeksi nousee palvelujen kustannus/ vaikuttavuuden parantaminen, johon synty työkaluja yhteisen palvelumallin käyttöönottamisen myötä.

## 6.7 Kehittämisosaston ja oman oppimisen arviointia

Kehitettävä aihealue nousi hyvin vahvasti pintaan jo opintojen aloittamisvaiheessa. Perusteeksi kohosi ennen kaikkea kokemus siitä, että asiakkaat eivät olleet yhdenvertaisessa asemassa, vaikka sitä valtakunnallisissa kehittämislinjauksissa korostettiin. Alkuun aihealue ei ”ottanut tulta” työyhteisössä johtuen ehkä siitä, että en osannut yksilöidä sitä, mitä halusin tutkia ja kehittää. Lopullisesti aihealue muotoutui Vanhusten asumisen uudet ratkaisut ja varhainen tuki- hankkeen perustamisvaiheessa, jolloin kyselin hankevastaavilta näissä kunnissa kehittämistä vaativia kotihoidon osa-alueita.

Työn edetessä pieneksi ongelmaksi muodostui, että kotihoidon palvelujen kehittäminen oli samanaikaisesti alueellisen ja valtakunnallisen kehittämistyön kohteena Kaste-ohjelmaan kuuluvassa Vanhusten asumisen uudet ratkaisut ja varhainen tuki-hankkeessa. Kuuluin työryhmään jossa käsiteltiin laajasti kotihoidon palvelujen alueellista kehittämistä. Opin näyte kulki vähän edellä siitä, mitä hanketyöryhmissä käsiteltiin ja tuli turhautuneisuuden tunne, miksi kehittää samaa aluetta. Oppimisen kannalta tämä oli kuitenkin erinomainen asia, vaikka kokoontumisten jälkeen piti tehdä ”lisätöitä”. Hanketyöryhmissä oli esillä uusia aiheita koskevia selvityksiä ja raportteja ja työ muokkautui pitkin syksyä uudelleen ja uudelleen.

Kehittämistyössä kehittäminen kohdistui voimakkaasti asiakasmaksujen yhtenäistämiseen. Odotettavissa olevat muutokset veivät pohjaa suunnittelulta, koska ei ollut tietoa siitä, ovatko suunnitelmat linjassa mahdollisesti muuttuvien lakien ja maksuasetusten kanssa. Nykytilan kuvauksen raportoinnissa haasteeksi muodostui miten lähteä kuvaamaan palvelujen nykytilaa. Tarkoitus ei ollut tuoda näkyville yksittäisten kuntien tarkkoja käytäntöjä, koska uuden mallin kehittäminen ei edellyttänyt tietoa yksittäisten palvelujen lukumääristä eikä palvelujen toteutustavoista ja sisällöistä. Kuvailutavaksi valikoitui palvelujen toteutamistapojen esittäminen pääpiirteissään ja erityisesti palvelusisältöjen ja muiden seikkojen ääripäihin huomiota kiinnittäen.

Oppimisen kannalta merkittäväksi muodostui yhtenäisiä palvelusisältöjä tai palvelun toteuttamismalleja luodessani miettiminen siitä, miten suuri muutos tulisi olemaan siirryttäessä ääripäistä toisiin. Yksi hyvin keskeinen huomio oli, valmiiksi ei voi määritellä useiden kuntien palveluille yhtenäisiä hintoja. Niiden yhtenäistämisen tulee tapahtua kuntien yhteisten neuvotteluiden ja siirtymäaikojen kautta. Tällaisista lähtökohdista kehittämistehtävässä keskeiseksi muodostuikin suunnittelussa tarvittavien työkalujen (Excel-taulukoiden) kehittäminen. Perusajatuksena taulukoiden käyttämisessä on se, että niitä voidaan edelleen muokata.

Oppimiskokemus syntyi siitäkin, että tavoitteena ei ollut luoda uusia palveluja tai menetelmiä, vaan koota hyviä käytäntöjä ja muotoilla niitä yhtenäisiksi ja kehittämislinjausten ja suositusten mukaisiksi, osin myös lainmukaisiksi. Raportointivaiheessa haasteena oli esittää malli niin, että ei muodostuisi kopiota entisistä. Tosiasia kuitenkin on, että kaikki suositukset, ohjeet ja oppaat ovat kehittämistyössä kaikkien palvelujen tuottajien ja päättäjien käytettävissä. Mikäli palvelut toteutetaan lakien ja asetusten sekä erilaisten valtakunnallisten suositusten mukaisesti, asiakkaat saavat oikeudenmukaista, yhdenvertaista palvelua, palvelut ovat vaikuttavia ja kattavuustavoitteet saavutetaan.

Oma oppimiskokemuksensa muodostui siitä, että kehittämisen tavoitteena olivat samanlaisesti asiakaslähtöiset palvelut ja asiakkaiden yhdenvertaisuus sekä palvelujen tuottajan näkökulmana vaikuttavuus, kattavuus, tuottavuus ja tuloksellisuus. Joka tapauksessa nämä ulottuvuudet ovat osa viranhaltijoiden jokapäiväisestä työstä ja kokemus antaa uutta näkemystä toiminnan suunnitteluun. Merkittävä kokemus syntyi kehittämistyöstä opinnäytteenä. Välillä tuntui, että tekniset seikat vievät huomion kehittämistyön sisällöstä.

## LÄHTEET:

- Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Alenius, P. 2007. Asumispalvelun sisältö. Liite 9.
- Alenius, P. 2007. Hoitoisuustaulukko. Liite 6.
- Alenius, P. 2007. Vanhustenhuollon palveluiden mitoitus. Liite 7.
- Ala-Nikkola, M & Sipilä, J. 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Viitattu 15.11.2009 <http://www.otu.fi/palveluohjaus/pdf/po-sipila.pdf>
- Ala-Nikkola, M. & Valokivi, H. 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Loppuraportti Hämeenkyrön ja Tampereen palvelujärjestelmää ja yksilökohtaista palveluohjausta (case management) koskeneesta tutkimuksesta. Stakes, raportteja 215. Helsinki.
- Andersson, S, Haverinen, R., & Malin, M. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasa. Viitattu 4.9.2009 <http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/5BEE2012-4866-42AB-A79B-B96312C2E23/0/504andersson.pdf>
- Asiakasmaksut sosiaalihuoltolain mukaisissa asumispalveluissa. 2007. Julkaissut Heiskanen, H. Kuntaliitto. 30.11.2007. Viitattu [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;15284;118115;118116](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;15284;118115;118116)
- Asikainen P., Järvenpää E. & Enlund, I. 2005. Ruotsin ja Iso-Britannian hoitoja palvelurakennetta sekä hoivayrittäjyyttä koskeva benchmarking-tutkimus. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Pilottina Satakunta ja Etelä -Pohjanmaa. Sarja B, raportit 5/2005.
- Asumispalvelujen asiakasmaksut. Julkaissut Heiskanen, H. Kuntaliitto 28.11. 2007. Viitattu 20.12.2009. [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;15284;68767](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;15284;68767)
- Challis, D. 1986. Case management: problems and possibilities. University of Kent, Canterbury. Viitattu 25.4.2009 <http://www.psi.org.uk/publications/archivepdfs/Care%20managers/CHALLIS.pdf>
- Elderly care in Sweden. Viitattu 14.4.2009 <http://www.sweden.se/eng/Home/Quick-facts/Facts/Elderly-care-in-Sweden/>
- Eronen, A., Londén, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A & Särkelä, R. 2006. Sosiaalibarometri 2006. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Viitattu 4.11.2009. [http://www.stkl.fi/julkaisut\\_baro06\\_johtopaatokset.html](http://www.stkl.fi/julkaisut_baro06_johtopaatokset.html)



- Eronen, A., Londén, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A & Särkelä, R. 2009. Sosiaalibarometri. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Yhteenvedo ja johtopäätökset. Sosiaaliturvan keskusliitto. Helsinki. Viitattu 30.12.2009. [http://www.stkl.fi/SB2009\\_yhteenvedo.pdf](http://www.stkl.fi/SB2009_yhteenvedo.pdf)
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998 Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.
- Hallberg, I. R. ja Kristensson, J. 2004, Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *Journal of Clinical Nursing* 2004, 13, 6b, 112–120.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi vammaisetuksista annetun lain sekä sosiaali- ja terveyden-huollon asiakasmaksuista annetun lain 7 c ja 10 b §:n muuttamisesta. HE 192/2009.
- Hannu-Jama, M. Oskepäivät Vaasassa 20-21.8.08. Pohjoismaiden katsaus. Maahanmuuttajatyön substanssiryhmä. Viitattu 10.11.2009  
<http://www.fskompetenscentret.fi/index.php?target=File&action=show&cms%5Bid%5D=405>
- Heikkinen, E., Kauppinen, M. & Laukkanen, P. 2003. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauksien ehkäisy. Julkaisussa T-M. Lyyra (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Selvityksiä 2003:2. Edita. Helsinki. 43-62.
- Heinola R., Voutilainen P., Vaarama M. 2003. Apua ja iloa pienellä vaivalla. Ehkäisevät kotikäynnit viidessä kunnassa. *Stakes. Aiheita* 9/2003. Helsinki.
- Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki. Stakes.
- Heinola, R & Paasivaara, L 2007. Kotihoidon prosessit. Julkaisussa Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Stakes. Helsinki.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 3.-4. painos. Kirjayhtymä Oy. Tampere.
- Hjerppe, R & Luoma, K. 2003. Julkaisussa R. Hjerppe, A. Kangasharju & R. Vuorento (toim.). Kunnalliset palvelut - terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tuottavuus. Vatt – julkaisuja 37. Helsinki. Valtiontaloudellinen tutkimuskeskus. 91-96.

Home Care in Europe. Viitattu 25.11.2009.

<http://hyvinvointimallit2.stakes.fi/haku/dtsearch.asp?cmd=report&DocId=146&Index=c%3A\inetpub\wwwroot\haku\hypo&HitCount=1&hits=99+&hc=25&req=topic+contains+vanhustenhuolto>

Hyttinen, H. Vanhustyön mittareita. 1.8.2006 (päivitetty 3.3.2009).

Hyvinvointi 2015- ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:3. Helsinki.

Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. 2006. Viitattu 23.10.2009.

[http://www.stkl.fi/julkaisut\\_baro06\\_johtopaatokset.html](http://www.stkl.fi/julkaisut_baro06_johtopaatokset.html)

Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille 2004. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta.

Viitattu 12.12.2009

[http://217.71.145.20/TRIPviewer/temp/TUNNISTE\\_VNS\\_8\\_2004\\_fi.html](http://217.71.145.20/TRIPviewer/temp/TUNNISTE_VNS_8_2004_fi.html)

Häkkinen H. 2000. Palveluohjaus vanhuspalvelujen koordinoinnissa. Meta-analyysi yhdysvaltalaisista, brittiläisistä ja saksalaisista palveluohjausta käsittelevistä tutkimuksista sekä katsaus palveluohjausta koskevaan suomalaiseen keskusteluun. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – taloudenlaitos. Pro gradu – tutkielma. Kuopio.

Häkkinen, H., Holma, T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti, tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Hakapaino oy.

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakes. Raportteja 20/2007. Helsinki.

Ikonen, E-R. & Julkunen S. 2007. Kehittyvä kotihoito. 1 painos. Helsinki. Edita Prima.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. Sosiaalija terveysministeriö. Julkaisuja 2008:3. Helsinki.

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa.

2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Perhe- ja sosiaaliosasto. Tiedote 7.6.2006. Liite.

Ilmoitus eräistä indeksillä tarkistetuista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista ja kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelusetelistä. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö 26.12.2009. Viitattu 28.12.2008.

<http://www.edilex.fi/kela/fi/lainsaadanto/20090959>

Kallinen, S. 2009. Paras-seminaari 18.3.2009. Pielavesi.

Kangasharju, A 2008. Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Kuntaliitto. Helsinki.

Kangasharju 2009. Tavoitteena vaikuttavuus – kuntapalvelujen uudistaminen.

Viitattu 13.11.2009

[http://74.125.77.132/search?q=cache:5qe\\_10OmeH0J:www.satamittari.fi/linkkitiedosto.asp%3Ftaso%3D1%26id%3D440+Kangasharju+14.10.2009&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi](http://74.125.77.132/search?q=cache:5qe_10OmeH0J:www.satamittari.fi/linkkitiedosto.asp%3Ftaso%3D1%26id%3D440+Kangasharju+14.10.2009&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi)

Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008 - 2009.

2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2009:9. Helsinki.

Kotihoidon laskenta 30.11.2008. Viitattu 27.12.2009

<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Sosiaalipalvelut/kotihoito.htm>

Kotihoidon maksut. 2008. Julkaissut Heiskanen, H. Kuntaliitto 26.6.2008.

Kotihoidon maksut. 2010. Julkaissut Paasivirta, K 2.1.2010. Viitattu 4.1.2010.

[http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;15284;70078](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;15284;70078)

Kysteri-hankkeen loppuraportti. 30.3.2009.

Lahtinen, M. 2005. Välittämisen etiikka vanhustyön lähtökohtana. Teoksessa

H. Kankare & H. Lintula (toim.), 50–52. Tammi. Vantaa.

Lumijärvi, I 2006. Tuottavuutta vai tuloksellisuutta. Paikallis- ja aluehallintopäivät

Oulu. Viitattu 11.10.2009.

[http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/0906438c2a3fbe07c225719400223567/\\$file/lumijarvi.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/0906438c2a3fbe07c225719400223567/$file/lumijarvi.pdf)

Malinen, P. 2005. Asiakslähtöisyys maahanmuuttajatyössä. Tampereen kaupungin strategian tarkastelua. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto.

Muurinen, S., Finne-Soveri, H., Sinervo, T., Noro, A., Andersson, S., Heinola, R. & Vilko, A. 2009. Ikähorisontti – uudet palvelukonseptit. Versio 8.9.2009. terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. .

Muutoksia sosiaalihuollon asiakasmaksuihin 1.8.2008 alkaen. Yleiskirje 24/80/2008,

H. Sahala, S. Uotinen/eg, 23.6.2008. Viitattu 3.9.2009

[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;63;375;132839;139364;139994](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;63;375;132839;139364;139994)

Muutoksia sosiaalihuollon asiakasmaksuihin 1.1.2010 alkaen. Yleiskirje 33/80/2009,

Eevaliisa Virnes/aha 22.12.2009. Viitattu 28.12.2009

[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;63;375;145736;157331;158029](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;63;375;145736;157331;158029).

Muutoksia sosiaalihuollon asiakasmaksuihin 1.1.2010 alkaen. Julkaissut: Anne Haimi 04.01.2010. Viitattu 5.1.2010.

[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;63;375;145736;157331;15029](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;63;375;145736;157331;15029).

- Myllyntaus, O. 2003. Laskentatoimen informaatio ja tuottavuustutkimus. Julkaisussa R. Hjerpe,, A. Kangasharju & R. Vuorento (toim.). Kunnalliset palvelut- terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tuottavuus. Vatt-julkaisuja 37. Helsinki. Valtiontaloudellinen tutkimuskeskus. 91–96.
- Mäkinen E. 1998. Kotihoito. (toim.) WSOY, Porvoo.
- Mäkinen, S., Valve, R., Pekkarinen, S. & Mäkelä, T. 2006. Kuinka uudistamme palvelujärjestelmää. Innovatiivisella prosessien kehittämisellä kohti laadukaampia ja tuottavampia vanhusten palveluja. Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osakeskus Verson julkaisuja, 3/2006. Helsingin yliopisto.
- Möttönen, S. 13.6.2006. Tuottavuutta vai tuloksellisuutta. Paikallishallintopäivät, Oulu. Viitattu 15.10.2009  
[http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/a0b880ff0eb2e067c2257194002266d6/\\$file/mottonen.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/a0b880ff0eb2e067c2257194002266d6/$file/mottonen.pdf).
- Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24. Helsinki.
- Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja talouden laitos.
- Ojanen, M. & Seppälä, H. 1996. Kehitysvammaisten psykososiaalisen toimintakyvyn arviointilomake. Kehitysvammaliitto.
- Omaishoidontuki. Opas kuntien päättäjille 2005. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Oppaita 2005:30. Helsinki.
- Paasivaara, L. 2007. Teoksessa Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opasikäntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki. Stakes.(89).
- Paasivirta, K. 7.12.2009. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna Viitattu 25.11.2009  
[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;353;11124;59797;59800](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;11124;59797;59800).
- Parrott TM, Reynolds SL, Bengtson VL. 1997. Aging and social welfare in transition: the case of the United States. Scandinavian Journal of social Welfare 1997: 6: 168-179.
- Perhehoidon tietopaketti. 2009. Viitattu 28.12.2009.  
<http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/suomessa/2.htm>
- Peruspalveluohjelma 2006–2009, 8, 30 Peruspalvelujen toimivuus on hyvinvointiyhteiskunnan mitta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 98/2008. Viitattu 8.9.2009.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1265855>

- Peruspalveluohjelma 2006 – 2009. Peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministerityöryhmä 14.3.2005. Viitattu 13.10.2009.  
[http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/03\\_muut\\_asiakirjat/92679\\_fi.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/92679_fi.pdf)
- Peruspalvelujen toimivuus on hyvinvointiyhteiskunnan mitta. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 9872008. Viitattu 12.12.2009.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1265855>
- Puitelain tavoitteet toteutumassa vaivaltaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Tiedote 203/2009. Viitattu 20.9.2009.
- Puttonen, V. 2007. Vanhusten psykososiaalisen arvioinnin menetelmä. Liitteet 2-5.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1412725?textsize=2>
- Preventive home visits to older people in Southern Sweden. Scand J Public Health. 2005; 33(5):392-400.
- Rava-järjestelmä- vanhuspalvelut toimiviksi ja tehokkaiksi. Viitattu 28.12.2009  
[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37581](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37581)
- Reina, T. 2009. Paras-seminaari 18.3.2009. Pielavesi.
- Routio, P. 2007. Toiminnan kehittäminen. Tulostettu 28.10.2009.  
<http://www2.uiah.fi/projects/metodi/020.htm>
- Ruonavaara, H. 2009. Tulostettu 30.12.2009.  
[http://www.ulapland.fi/includes/file\\_download.asp?deptid=29420&fileid=17326&file=20091127120828.pps](http://www.ulapland.fi/includes/file_download.asp?deptid=29420&fileid=17326&file=20091127120828.pps)
- Rysti, M. 2003. Palveluohjaus iäkkäiden asiakkaiden kotihoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Jyväskylä.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Teemahaastattelu. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere: Viitattu 3.1.2010. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Sahlen, K. G., Dahlgren, L., Hellner, B. M., Stenlund, Hans. & Lindholm, L. 2006. Preventive home visits postpone mortality- a controlled trial with time limited results. BMC Public Health 2006. Elektroninen dokumentti. Viitattu 7.5.2009.  
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/220>.
- Seppänen, M., Heinola R. & Andersson, S. 2009. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. THL Avauksia 6. Helsinki.
- Silvennoinen- Nuora, L. 2005. Vaikuttavuuden arviointi. Esimerkkinä hoitoketjut. 27.5.2005. Viitattu 25.9.2009  
<http://tay.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/silvennoinen.pdf>.

- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaohjelma 2000-luvulle – valtakunnallinen suositus. 1999. Verkkojulkaisu. Stakes. Helsinki. Viitattu 11.9.2009.  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf>
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:9. Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystietomus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2006:4. Helsinki.
- Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus. Vanhustenhuollon ympärivuorokautinen hoiva ja palvelut 2009. Etelä-Suomen lääninhallitus, Itä-Suomen lääninhallitus, Lapin lääninhallitus, Länsi-Suomen lääninhallitus, Oulun lääninhallitus.
- Sosiaalihuolto Suomessa 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2006:6. Helsinki.
- Stenvall, J., Vakkala, H., Syväjärvi, A. & Tiilikainen, A. 2007. PARAS alussa. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toimeenpanon suunnitteluvaiheen arviointi. Valtiovarainministeriön julkaisuja 17:2008. Helsinki.
- Sundman Eila (toim.): Potilaan asema ja oikeudet. Tammerpaino Oy. Tampere, 334–349.
- Suominen, S & Tuominen 2007. Palveluohjaus. Portti itsenäiseen elämään. Profami oy, Helsinki.
- Teperi, J. 2006. Julkaisussa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E., Keskimäki, i & Stakes. 2006. Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes. Helsinki.
- Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa R. Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski. Gummerrus., 61–66.
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopio.
- Theander, E. & Edberg, A-K. 2005: Preventive home visits to older people in Southern Sweden. Scandinavian Journal of Public Health 33. 392 – 400.
- Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Helsinki.
- Tilastokeskus. 2009. Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilasto 2008. Viitattu 2.2.2010

- Tilastokeskus. Väestö iän ja sukupuolen mukaan kunnittain 2008. Viitattu 20.11.2009.  
[http://pxweb2.stat.fi/Database/StatFin/vrm/vaerak/vaerak\\_fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/Database/StatFin/vrm/vaerak/vaerak_fi.asp)
- Tilastoraportti 8/2009. Säännöllinen kotihoito. Viitattu 28.12.2009.  
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/kotihoito.htm>
- Tilastoraportti 16/ 2009. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.11.2009.  
<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Sosiaalipalvelut/laitosjaasumispalvelut.htm>
- Toljamo M., Haverinen R., Finne-Soveri H, Malmivaara A.,Sintonen H.,  
 Tukipalvelut kotipalvelulle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 1.12.2009.  
 Viitattu. 30.12.2009.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut/tukipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut/tukipalvelut)
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.
- Vaarama, M. 1996. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen Teoksessa  
 R. Viialainen & J. Lehto (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Stakes.  
 Raportteja 192. Gummerrus 1996. Jyväskylä. 186–187.
- Vaarama, M., Hakkarainen, A., Voutilainen, P. & Päivärinta, E. Vanhusten palvelut. jul-  
 kaisussa Uusitalo, H., Parpo, A. & Hakkarainen, A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuol-  
 lon palvelukatsaus 2000. Stakes Raportteja 250. Helsinki. 75–98.
- Vahasalo, R. 2006. Tanskassa vanhuus ei ole sairaus. Julkisuudessa, lehdistö ja muu me-  
 dia. Viitattu 12.9.2009. [www.vahasalo.fi/public/?m=200610](http://www.vahasalo.fi/public/?m=200610).
- Vahasalo, R. 2007. Hyvä vanhustenhuolto itsestänselvyys? Kolumni. Kirkkonummen  
 Sanomat 17.6.2007. Viitattu 13.10.2009.  
<http://www.vahasalo.fi/public/?m=200706>.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L.  
 (2006). Vanhusten hoito. 1 painos. WSOY.
- Valta, A. 2008. Iäkkäiden suoriutuminen kotona. Teorettinen malli iäkkäiden kotona asu-  
 vien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäk- käiden näkökulmasta.  
 Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.
- Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakenne uudistuksesta 12.11.2009. Valtiova-  
 rainministeriö. Helsinki.
- Valtonen, H. 2000. Mikä selittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen eroja. Julkai-  
 sussa H. Uusitalo, A. Parpo & A. Hakkarainen (toim.) Sosiaali- ja ter-veydenhuollon  
 palvelukatsaus 2000. Raportteja 250. Jyväskylä. Stakes. 29–42.
- Vanhuus ja hoidon etiikka. 20008. 2. painos. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen  
 neuvottelukunta. ETENE julkaisuja 20/2008. Vantaa.

Vanhusten asumisen uudet ratkaisut ja varhainen tuki-hanke, hankesuunnitelma.

Vanhusten palvelutarpeen arviointi 2008. Julkaissut: Heidi Heiskanen 4.11.2008.

Viitattu 14.9.2009.

[http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;84447](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;84447)

Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Andersen, C. K. Keiding, N. 2002.

Preventive home visits to older people in denmark: Methodology of randomized controlled study. Aging Clinical and Experimental Research. Vol 14, No 6 509 – 515.

Vass, M., Avlund, K., Kvist, K., Hendriksen, C., Andersen, C.K. & Keiding, N. 2004.

Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. Scand j Prim Health Care 2004;22: 106 -111.

Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Holmberg, R. & Nielsen, H 2006: Older

People and preventive home visits. Denmark: AgeForum. Tulostettu 28.12.2009

<http://www.aeldreviden.dk/fagomraader/forebyggelse/litteratur.forebyggelse.html>

Vertaileva tutkimus tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 10.1.2010.

<https://webapps.jyu.fi/koppa/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/vertaileva-tutkimus>

Viippola, A. 2007. Ehkäisevä kotikäynti tukemassa ikäihmisen kotona asumista. Selvitys ehkäisevien kotikäyntien nykytilanteesta Suomessa. Opinnäytetyö. Helsingin ammatti-korkeakoulu Stadia.

Voutilainen P., Mäkelä M. 2005. Ehkäisevien kotikäyntien vaikutukset iäkkäiden toimin takykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio. Stkes, Fin Soc Arviointiraportteja 4/2005. Helsinki

Voutilainen, P., Vaarama, M. 2005. Toimintakyky mittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes. Raportteja 7/2005. Helsinki.

Vuorela, T. 1997. Arvioinnin tilaajan opas. Helsinki: Oy Edita Ab.

Välikangas, K 2009. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja. Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa. Suomen Ympäristö 13/2009. Ympäristöministeriö. Helsinki 2009.

## LAIT JA ASETUKSET

Asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 28.12.2007/1507

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 9.2.2007/169

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937



Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 3.8.1992/733

Kansanterveyslaki 22.1.1972/66

Perhehoitajalaki 1.7.1992/312.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21

## Liite 1 1/3

PALVELUN PIIRIIN TULEMINEN							
	Kriteerit palvelun piiriin tulemiselle		Palvelutarpeen arviointimittarit			Arvioinnin suorittaja	Päätöksen tekijä
	On	Ei ole	Mittarit on	Mittarit tehdään	mittareita ei tehdä		
YKSITYINEN TOIMINTA (Tiedotetaan ja ohjataan sen piiriin)							
Toiminnot							
Ennaltaehkäisy ja aktivointi							
*- harrastuspiirit/Liikuntapiirit							
vap.ehtoistyö/Ystävätupa							
* - vanhustyöhön liittyvä							
*- järjestöjen toiminta							
* - vanhustyöhön liittyvä							
*- vertaistukitoiminta							
*- tapaturmien ennaltaehk.							
Srk:n vanhustyö							
*- kerhotoiminta							
*- diskoniatyö							
SOSIAALITOIMI							
Toiminnot							
Ennaltaehkäisy ja aktivointi							
*- harrastuspiirit/Liikuntapiirit							
*- tapaturmien ennaltaehk.							
*- vertaistukitoiminta							
Sos.seurantapoli							
Ennaltaehkäisevät kotikäyn.							
Geriatrinen sosiaalityö							
Palveluohjaus							
Yksityinen apua (korvauksella)							

## PALVELUN PIIRIIN TULEMINEN

Liite 1 2/3

Tukipalvelut							
*- psykosos./ystäväpalvelu							
*- ulkoilutus- ja liikuntapalvelu							
*- asiointipalvelu							
*- kuljetuspalvelu							
*- saattajapalvelu							
*- siivouspalvelu							
*- turvapalvelu							
*- ateriapalvelu							
*- pyykki- ja vaatehuoltopalv.							
*- kylvetyspalvelu							
*- kiinteistöhuoltopalvelu							
*- muut erityispalvelut							
*- kampaamo- parturipalv.							
*- hierontapalvelut							
*- jalkahoitopalvelu							
Päivä-/toimintakeskukset							
Omaishoidon tuki							
Palvelusetelit							
Kodinhoitoapu/Kotisairaanhoito							
Vanhusten asunnot							
- normaalit							
- vammaismitoitettut (valvottu asum.)							
Ryhmäkodit/Asuntol. (ohjattu asum.)							
Hoiva- kuntoutuskodit (tuettu asum.)							
Hoitokodit (tehost./autettu asum.)							

## PALVELUN PIIRIIN TULEMINEN

Liite 1 3/3

Vanhusten perhehoito							
Sos.toimen laitoshoido							
TERVEYSTOIMI							
Vanhusneuvola/-poli							
Kohdennetut terveystarkastukset							
Ravitsemusterapiapalvelut							
Kuntoutus							
Päivä-/Yösairaala							
Vuodeosastohoito							
Laatinut 6.9.09 M-LH							

**VANHUSTEN PSYKOSOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI****Käytettävät lomakkeet**

- 1 Kysymyslomake**
- 2 Rava-arviointilomake**
- 3 Koontilomake**
- 4 Tietokoneohjelma, johon kerätty tieto syötetään**
- 5 Hoitoisuuden määritystaulukko**

**Ohjeet arvioinnin tekemiseen**

Voit käyttää myös kysymyslomakkeen numerointien välisiä pistemääriä, esimerkiksi 55, 73 jne. Tietokoneella oleva taulukko osaa laskea pisteet.

1. Käy kysymykset läpi aihealueittain. Merkitse vanhuksen toimintakykyä parhaiten kuvaava pistemäärä erilliseen koontilomakkeeseen (lomake 2).
2. Tee mukana olevalla Rava-arviointilomakkeella erillinen kysely ja rastita oikea toimintakykyä kuvaava vaihtoehto.
3. Syötä saadut toimintakykyä kuvaavat luvut tietokoneella olevaan yhteenvetotaulukkoon.
4. Taulukko laskee automaattisesti hoitoisuusindeksin.
5. Määritä asiakkaan hoitoisuuden aste käyttäen hoitoisuusindeksitaulukkoa.

**1 LIKKUMISKYKY**

- 100 Liikkuminen on varmaa ja ketterää, erinomaista.**
- 90 Liikkumiskyky on hyvä, ei ongelmia tasapainon säilyttämisessä.**
- 80 Tasapaino-ongelmia portaissa ja epätasaisella pinnalla tai liikunta hieman päämäärätöntä, ohjattava (lievä dem.).**
- 70 Liikkuminen näyttää jäykältä ja kömpelöltä, ajoittain ongelmia tasapainon säilyttämisessä.**
- 60 Tarvitsee epätasaisella pinnalla kävelyn tueksi kepin tai kolmipistekepin.**
- 50 Tarvitsee liikkumisen apuvälineeksi rollaattorin tai ottaa tukea seinistä ja pinnoista.**
- 40 Ei kykene liikkumaan omatoimisesti, tarvitsee pyörätuolin, kykenee itse nousemaan ylös vuoteesta ja siirtymään pyörätuoliin tai liikunta osittain päämäärätöntä, seurattava (keskiasteinen dem.).**
- 30 Tarvitsee apua vuoteesta ylösnousemisessa ja pyörätuoliin siirtymisessä, selviytyy yhden auttamana, käsien toimintakyky välttävä, pystyy syömään itse.**
- 20 Tarvitsee liikkumiseensa kahden henkilön avustamista, pystyy istumaan pyörätuolissa pitkiäkin aikoja, pystyy syömään itse.**
- 10 Tarvitsee liikkumiseensa kahden henkilön avustamista, istuu lyhyitä aikoja pyörätuolissa, syötettävä.**
- 0 Vuoteeseen hoidettava ja syötettävä, liikuntakyvytön tai liikunta täysin päämäärätöntä, vaikeaa (vaikea dem.).**

**2 ITSENSÄ ILMAISEMINEN**

- 100** Asioiden ilmaiseminen on sujuvaa ja vivahteikasta, asiakas pystyy perustelemaan asiansa ja näkökulmansa sekä tarpeensa.
- 90** Asioiden ilmaiseminen sujuvaa, joidenkin käsitteiden käyttämisessä pieniä vaikeuksia.
- 80** Pystyy kertomaan asioistaan, käsitteiden käyttämisessä epätarkkuutta, mikä ei kuitenkaan vaikeuta ymmärretyksi tulemista.
- 70** Asioiden ilmaisu vivahteetonta, asiakkaan oman mielipiteen selville saaminen tuottaa vaikeuksia.
- 60** Pystyy ilmaisemaan käsillä olevia asioita, jo tapahtuneiden asioiden kuvaus ei ole luotettavaa.
- 50** Osaa vastata kysymyksiin ja kysyä itse, omaehtoinen asioista kertominen on vaikeutunut, muistamisen ongelmat vaikeuttavat asioiden ilmaisemista.
- 40** Asioiden kokonaisuudet eivät pysy kasassa, samat asiat toistuvat.
- 30** Sanojen merkitys ei kaikilta osin ole oikea.
- 20** Sanat ja puhuttujen asioiden sisältö eivät kuvaa haluttuja asioita.
- 10** Kykenee ilmaisemaan yksittäisiä sanoja, kykenee pääosin ilmaisemaan itsensä kysyttäessä kyllä/ei.
- 0** Joitakin yksittäisiä sanoja saattaa olla, sanojen merkitystä ei kyetä ymmärtämään, ei kykene ilmaisemaan tahtoaan kysyttäessä kyllä/ei.

## 3

**PUHTAUDESTA HUOLEHTIMINEN**

- 100** Huolehtii puhtaudestaan ja ulkoasustaan täysin omatoimisesti, ulkoinen olemus on siisti ja huoliteltu ja tilanteeseen sopiva.
- 90** Huolehtii yleensä puhtaudestaan ja ulkoasustaan omatoimisesti, pukeutuminen ja ulkoinen olemus asianmukaisia (sää ym. olosuhteet).
- 80** Puhtaudesta ja ulkoasusta huolehtimisesta on ajoittain muistutettava, huolehtii päivittäisistä pesuistaan itse.
- 70** Peseytyminen onnistuu omatoimisesti, mutta tarvitsee usein kehottamista ja muistutusta kylvystä/suihkusta ja vaatteiden vaihtamisesta.
- 60** Valvottava, että huolehtii peseytymisestä ja vaatteiden vaihtamisesta, avustettava vähän (hiusten- ja selänpesu).
- 50** Haluaa itse huolehtia puhtaudestaan, mutta tarvitsee siihen jatkuvasti ohjausta ja pienimuotoisesti apua, myös päivittäisissä toiminnoissa.
- 40** Tarvitsee paljon apua kaikissa puhtauteen liittyvissä toiminnoissa päivittäin.
- 30** Vaatteet likaantuvat jatkuvasti syödessä, kastelua, vastustelee peseytymisessä ja vaatteiden vaihtamisessa.
- 20** Hygieniasta ja siisteydestä huolehtiminen on täysin toisten varassa.
- 0** Ei virtsan eikä ulosteen pidätyskykyä lainkaan, täysin hoidettava.



## 4

**KODINHOITO**

- 100**      **Todella taitava ja fyysisesti hyväkuntoinen huolehtimaan kaikista kodinhoitoon ja kodin kunnossapitoon liittyvistä tehtävistä.**
- 90**      **Selviytyy hyvin kodinhoidosta, kodin kunnossapidosta ja pihatöistä.**
- 80**      **Selviytyy pääosasta kodinhoitoon liittyviä tehtäviä ja osaa valmistaa monipuolista ruokaa ja leipoa.**
- 70**      **Kodinhoito ja ruoanvalmistaminen sujuvat normaalisti, kodinhoidollisiin tehtäviin tarvitsee apua.**
- 60**      **Selviytyy kohtalaisesti kodinhoitoon liittyvistä tehtävistä, jaksaa puistella sänkyvaatteet ja pitää kotinsa melko siistinä, osaa valmistaa yksinkertaista ruokaa, puutteita ruoan oikeanlaisessa säilyttämisessä.**
- 50**      **Kykenee huolehtimaan itsenäisesti kevyimmistä jokapäiväisistä kodinhoitoon liittyvistä tehtävistä ja pienimuotoisesta siivoamisesta sekä uunin lämmityksestä (puut kannettava valmiiksi).**
- 40**      **Ei kykene raskaampiin tehtäviin, kuten mattojen puisteluun, sekavuus ja muistamattomuus haittaavat tehtävistä suoriutumista.**
- 30**      **Kykenee imuroimaan ja huolehtimaan tavaroiden järjestyksestä ja mm. pyykinpesusta itse, mutta tarvitsee valvontaa koneiden käyttämisessä (mm. sähkölaitteet), tarvitsee apua raskaampien tavaroiden liikuttelussa.**
- 20**      **Kykenee pieniin kodinhoidon tehtäviin, mutta ei osaa arvioida niiden tarvetta. tarvitsee ohjausta kodin siisteydestä ja vaatehuollosta huolehtimisessa (mm. wc:n puhtaus, pyykin pesu).**

- 10** Osallistuu ohjattuna joihinkin pieniin kodinhoidollisiin tehtäviin (esimerkiksi pöydän kattaminen, tiskaaminen, pölyjen pyyhkiminen, roskien ottaminen lattialta).
- 0** Ei kykene omatoimisesti huolehtimaan mistään kodinhoitoon liittyvistä tehtävistä.

**5 ASIOIDEN HOITAMINEN**

- 100** Asiointi varmaa ja sujuvaa, osaa auttaa myös toisia.
- 90** Suoriutuu asioinnistaan itsenäisesti, vaikka tuntee ajoittain epävarmuutta.
- 80** Tarvitsee apua asiointiin harvoin ja poikkeuksellisissa asioissa.
- 70** Hoitaa asiointinsa pääosin omatoimisesti, tarvitsee ajoittain muistuttamista.
- 60** Tarvitsee jatkuvasti asioinnissa muistuttamista, suoriutuu ajoittain itsenäisesti.
- 50** Tarvitsee toisen henkilön muistuttamista ja/tai tukea liikkumisessa ja raskaiden tavaroiden liikuttamisessa hoitaessaan asioitaan.
- 40** Tarvitsee jatkuvasti toisen henkilön monipuolista apua asioiden hoitamisessa, tuen tarve voi kohdistua liikkumiseen, neuvontaan tai muuhun auttamiseen.
- 30** Tarvitsee jatkuvasti ja paljon toisen henkilön apua, mutta osaa pyytää sitä.
- 20** Asioiden hoitaminen on vaikeaa, vaikka toinen avustaa, epäluuloinen ja torjuva avun suhteen.
- 10** Suostuu joskus asioimaan avustettuna (esimerkiksi kauppareissu).
- 0** Ei kykene osallistumaan millään tavoin asioidensa hoitamiseen, ei osaa ottaa kantaa itseään koskevassa asioinnissa.

**6 VUOROVAIKUTUSTAITOT**

- 100 Vuorovaikutustaidot erinomaiset, käyttäytyminen aina moitteetonta, luontevaa ja asiallista, osaa olla huomaavainen ja kohtelias.**
- 90 Vuorovaikutustaidot ovat hyvät ja hänen kanssaan on helppo asioida.**
- 80 Vuorovaikutustaidot yleensä hyvät, joskus voi ilmetä lievää ärtymystä, joka ilmenee esimerkiksi kiukutteluna hoitotilanteessa.**
- 70 Vuorovaikutustaidot kohtalaiset, tulee yleensä toimeen muiden ihmisten kanssa, joitakin hyviä ihmissuhteita.**
- 60 Vuorovaikutus toisten kanssa jää pinnalliseksi, ajoittain hermostuu ja saattaa käyttäytyä epäkohteliaasti.**
- 50 Hiljainen ja arka tai ärtynyt, mutta käyttäytyy toisia kohtaan korrektisti.**
- 40 Vetäytyy mieluiten omiin oloihinsa, ei tahdo ottaa vastaan tarjottuja palveluja.**
- 30 Käyttäytyy epäkohteliaasti tai vetäytyy omiin oloihinsa.**
- 20 Osaa olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa, mutta saa toiset vaivautuneeksi, sanomalla asiat liian suoraan ja epäkohteliaasti, saattaa olla hoitotilanteissa loukkaava.**
- 10 Kykenee ymmärtämään, mitä sanotaan, ja osaa kertoa joitakin asioita, mutta kanssakäyminen on toisia häiritsevää ja/tai loukkaavaa sekä hallitsevaa (koko ajan esillä olemista).**
- 0 Ei kykene normaaliin kanssakäymiseen toisten kanssa, ei saa itseään ymmärretyksi eikä ymmärrä, mitä sanotaan.**

## 7

**TURVALLISUUDEN KOKEMINEN**

- 100** Kokee olonsa turvalliseksi kaikissa tilanteissa, saattaa jättää esimerkiksi ovensa auki, koska ”normaali” turvattomuuden tunne puuttuu.
- 90** Turvattomuuden tunteita ei voida havaita, rohkea kaikissa tilanteissa.
- 80** Kokee olonsa turvalliseksi ja hyväksi.
- 70** Tuntee olonsa yleensä turvalliseksi, joskus voi havaita lievää pelkäämistä esimerkiksi yöajaksi yksin jäädessä.
- 60** Jotkin yleisesti uutisoidut ja tiedotetut pelottavat tapahtumat aiheuttavat pelkoja, jotka kuitenkin menevät nopeasti ohi.
- 50** Turvattomuuden kokemiselle on jokin syy, esimerkiksi kaatumisen pelkääminen, avunsaamisen vaikeus voi aiheuttaa pelkoa, joka ilmenee esim. ahdistuneisuutena.
- 40** Varsinaisia pelkotiloja ei esiinny, mutta kokee usein turvattomuutta.
- 30** Kokee usein turvattomuutta ja turvautuu ja ripustautuu läheisiinsä heitä kuormittavasti, esimerkiksi jatkuvasti puhelimella soittamalla.
- 20** Turvattomuuden tunne jatkuvaa, kykenee kuitenkin tuettuna asumaan yksin.
- 10** Yksin jääminen aiheuttaa pelkoa ja voimakasta ahdistuneisuutta ja se vaikeuttaa arjesta selviytymistä. Hakeutuu turvattomuuden tunteen vuoksi hoitojaksoille.
- 0** Henkilöllä on jatkuva turvattomuuden kokemus ja erilaisia pelkotiloja, hän on itkuinen ja hyvin ahdistunut riippumatta siitä, onko hän yksin. Pelot rajoittavat yksin asumista.

**OMA-ALOITTEISUUS**

- 100** Täysin oma-aloitteinen, jopa niin, että ei hyväksy apua sitä tarvitessaan.
- 90** Oma-aloitteinen ja vahvatahtoinen. Neuvottelemalla voidaan sopia tarpeellisesta avusta.
- 80** Oma-aloitteinen, pyytää apua sitä tarvitessaan.
- 70** Oma-aloitteinen joissakin toiminnoissaan, joissakin, mitä ei koe miellyttäväksi, tarvitsee kannustamista.
- 60** Tarvitsee ajoittain, esimerkiksi väsyneenä kannustamista asioidensa hoitamisessa (esimerkiksi pyykin peseminen, puhtaudesta huolehtiminen).
- 50** Oma-aloitteinen päivittäisissä perustoiminnoissaan, muissa asioissa kannustettava ja muistutettava.
- 40** Oma-aloitteisuus toiminnoissa vähäistä, mutta kehotettuna kykenee suoriutumaan itse monista tehtävistä.
- 30** Tarvitsee paljon kehottamista huolehtiakseen hyvinvoinnistaan (peseytyminen, liikunta, kodin siisteys ym.).
- 20** Jatkuvasti kehotettava ja muistutettava itsestä huolehtimiseen sekä ruokailuun.,
- 10** Oma-aloitteisuutta ei juuri esiinny. On käskettävä ja houkuteltava tekemään asioita itse. Kannustettunakin osallistuminen on vaikeaa.
- 0** Ei tee itse mitään kehotettuna tai käskettynäkään, perushoito täysin toisten varassa.

**9 OSALLISUUS**

- 100** On suorastaan yliaktiivinen ja osallistuu mielellään yhteisön erilaisiin toimintamuotoihin, aktiivisuus kuormittaa hoitajia ja yhteisöä. Harrastus- ja virkistystoimintaa on niin paljon, että se aiheuttaa myös henkilölle itselleen kuormittumista.
- 90** On mukana useissa harrastustoiminnoissa ja niiden suunnittelussa, ei tunnista omia voimavarojaan.
- 80** Osallistuminen on säännöllistä, tarkoituksenmukaista ja se tuottaa mielihyvää.
- 70** Osallistuu joihinkin mieluisiin virkistystoimintoihin säännöllisesti.
- 60** On kiinnostunut erilaisista virkistystoiminnoista ja haluaisi osallistua niihin, mutta itsenäinen mukaan lähteminen tuottaa vaikeuksia.
- 50** Tarvitsee kannustamista osallistuakseen erilaisiin harrastus ja virkistystoimintoihin, osallistuminen ei ole säännöllistä.
- 40** Saattaa satunnaisesti lähteä oma-aloitteisesti johonkin järjestettyyn tilaisuuteen.
- 30** Osallistuu toisen henkilön saattamana joihinkin toistuviin ja mieluisiin, esimerkiksi seurakunnan järjestämiin tilaisuuksiin.
- 20** Tarvitsee paljon kannustamista ollakseen mukana toiminnoissa.
- 10** Minkäänlainen harrastus- tai virkistystoiminta tai omasta hyvinvoinnista huolehtiminen ei kiinnosta. Ajoittain osallistuu oman hoitonsa suunnitteluun.
- 0** Henkilö ei osallistu mihinkään virkistystoimintaan tai itseään koskevaan huolehtimiseen ja hoidon suunnitteluun.

**10            AGRESSIIVISUUS**

- 100        Käyttäytyminen on päivittäin hyvin aggressiivista hoitajaa, läheisiä ja muita asukkaita kohtaan. Lyö ja potkii hoitotilanteissa.**
- 90        Usein esiintyy voimakasta aggressiivisuutta sekä hoitotilanteissa, että toisia asiakkaita kohtaan.**
- 80        Henkilö on ajoittain ärtynyt, uhkailee huutaa ja/tai kiroilee ja vastustelee voimakkaasti lähinnä hoitotilanteissa.**
- 70        Uhkailua, huutamista ja/tai kiroilua sekä lievää vastustelua esiintyy harvoin hoitotilanteissa. Käyttäytyminen on kuitenkin toisia ärsyttävää ja loukkaavaa.**
- 60        Henkilö reagoi ärtyneesti levottomassa ympäristössä. Ärtymys ilmenee epäasiallisena käyttäytymisenä, toisten moittimisena ja monitahoisena kiukutteluna.**
- 50        Ärtymys tulee esille esimerkiksi väsyneenä ollessa loukkaavana käytöksenä, kiroiluna ja/tai kiukutteluna.**
- 40        Ärtymykseen on yleensä joku selkeä syy (sairaus, kipu, väsymys, levoton ympäristö). Ärtymys ilmenee kiukutteluna tai vetäytymisenä.**
- 30        Ärtymys tulee usein esille hyvin lievässä muodossa, esimerkiksi levottomuutena.**
- 20        Lievää ärtymystä voi esiintyä esimerkiksi uhatuksi tullessa.**
- 10        Henkilö on lähes aina rauhallinen. Joskus olemuksesta voi havaita pientä ärtymystä.**
- 0        Henkilöstä ei voi havaita ärtymystä missään tilanteessa.**



<b>11</b>	<b>RAUHALLISUUS/JÄNNITTYNEISYYS</b>
<b>100</b>	<b>Jatkuvasti jännittynyt ja kireä, hermoilee kaikista asioista etukäteen.</b>
<b>90</b>	<b>Jännittyneisyys ja hermoileminen tunnusomaista. Kireys lähes jatkuvaa, joskus voi olla pieniä hetkiä hermoilematta.</b>
<b>80</b>	<b>Jännittyneisyys ja ahdistuneisuus ajoittaista, mutta tuottaa vaikeuksia arjessa selviytymiseen.</b>
<b>70</b>	<b>Taipumus jännittämiseen ja hermoilemiseen, mutta kykenee hallitsemaan oireitaan siten, että arjen toiminnot sujuvat.</b>
<b>60</b>	<b>Ahdistuu ja jännittyy vieraassa seurassa ja vieraissa paikoissa niin, että pyrkii välttämään niitä..</b>
<b>50</b>	<b>Välillä jännittynyt ja rauhaton, liittyy yleensä johonkin uuteen tilanteeseen tai terveydentilaan.</b>
<b>40</b>	<b>Pääasiassa rauhallinen, jännittyneisyydelle on selvä syy.</b>
<b>30</b>	<b>Ei jännitä eikä hermoile vähästä.</b>
<b>20</b>	<b>Hermostuu ainoastaan kokiessaan itsensä tai läheisensä tulleen väärin kohdelluksi tai uhatuksi.</b>
<b>10</b>	<b>Ei hermostu juuri mistään, pidetään hyvin vakaana ja rauhallisena henkilönä.</b>
<b>0</b>	<b>Hermostumista ja jännittämistä ei ole havaittavissa missään tilanteessa, ei edes vaaran uhatessa.</b>

**12 MIELIALA**

- 100 Mieliala on aina iloinen, huonotuulisuutta ei voi havaita edes vaikeissa tilanteissa. Piristää toisia olemuksellaan.**
- 90 Lähes aina hyväntuulinen ja valoisa. Joskus havaittavaan lievään huonotuulisuuteen on selvästi todettavissa oleva syy.**
- 80 Yleensä hyväntuulinen ja aktiivinen. Osaa nauttia kokemistaan hyvistä asioista. Kokee ”normaalia” surun tunnetta vaikeiden asioiden kohdatessa.**
- 70 Ajoittain saattaa tulla lieviä alakuloisuusjaksoja, valoisuus kuitenkin pääasiallisin olotila.**
- 60 Ärsyyntyy ja kiukuttelee helposti, jos asiat eivät suju oman tahdon mukaan.**
- 50 Voimakasta alavireisyyttä esiintyy ajoittain ilman perusteltua syytä, osaa kuitenkin iloita ja tuntee mielihyvää. Innostuu joistakin asioista.**
- 40 Alavireisyys on yleistä ja kuormittaa läheisiä. Jotkut asiat kuitenkin innostavat ja tuottavat mielihyvää**
- 30 Huonotuulisuus ja alavireisyys ovat lähes jatkuvia ja hallitsevia. Harvoin jotkin asiat tuottavat mielihyvää.**
- 20 Ei tunne mielihyvää juuri mistään, haluton mihinkään toimintaan.**
- 10 Mieliala pääosin synkkä ja raskas. Itkee paljon.**
- 0 Mieliala jatkuvasti synkkä, lähes aina itkuinen ja valittaa koko ajan. Ei osallistu mihinkään.**

**13 SEKAVUUS/HARHAISUUS**

- 100**      **Vaikea psykoosi, henkilö ei ole todellisuudessa, tarvitsee kokoaikaista valvontaa. Ei sovellu asumaan toisten kanssa.**
- 90**      **Harhaisuus ja sekavuus (esim. muistamaton) ovat lähes jatkuvia, eikä häneen tahdo saada kontaktia. Tarvitsee lähes kokoaikaista valvontaa.**
- 80**      **Harhat ja sekavuus ovat vaikea-asteisia, mutta ajoittain on selvempiä jaksoja, jolloin kontaktin ottaminen onnistuu.**
- 70**      **Voimakkaita harhoja esiintyy harvoin. Saattaa kuitenkin nauraa ja puhua itsekseen. Sekavuus on lähes jatkuvaa (johtuu esim. muistiongelmista). Tarvitsee valvontaa, lyhyiksi ajoiksi voi jättää yksin..**
- 60**      **Lievää harhaisuutta ja sekavuutta on usein, välillä on kuitenkin selkeitä jaksoja. Yksin asuessaan tarvitsee ovihälyttimen.**
- 50**      **Harhaisuutta ja sekavuutta esiintyy ajoittain, kykenee kuitenkin hallitsemaan toimintaansa niin, että vieras ei sitä helposti huomaa.**
- 40**      **Ajoittain esiintyy lievää sekavuutta ja muistamattomuutta, esim. vuorokauden ajat sekoittuvat.**
- 30**      **Ajoittain esiintyvä sekavuus on niin lievää, että sitä on vaikea havaita. Ei häiritse normaalia elämää.**
- 20**      **Sekavuus ja harhaisuus ilmenevät ainoastaan jonkin sairauden yhteydessä.**
- 10**      **Sekavuuden tunne on lähinnä oma kokemus ja liittyy esim. joihinkin asioihin, joita ei muista.**
- 0**      **Sekavuutta ja harhaisuutta ei ole esiintynyt koskaan missään muodossa.**

**14 SOPEUTUMISKYKY**

- 100** Ei sopeudu mihinkään tilanteeseen, hoitoon tai asumismuotoon. Valittaa koko ajan hoidoista ja muiden ihmisten tekemisistä. Käyttäytyy aggressiivisesti, jopa väkivaltaisesti.
- 90** Sopeutuminen olemassa oleviin tilanteisiin hyvin vaikeaa. Sopeutumattomuus ilmenee itkuisuutena ja aggressiivisuutena.
- 80** Sopeutuminen on ajoittain vaikeaa (esim. hoidon vastaanottaminen). Sopeutumattomuus haittaa kanssakäymistä.
- 70** Joihinkin asioihin on vaikeaa sopeutua, mutta kykenee kontrolloimaan käyttäytymistään ja kanssakäyminen on lähes normaalia.
- 60** Sopeutumattomuus liittyy yleensä vaikeisiin asioihin, kuten omaan tai läheisten sairauteen tai muuhun vaikeaan elämäntilanteeseen. Ilmenee pelkoina, jännittämisenä ja ahdistuneisuutena.
- 50** Harvoin joissakin tilanteissa lievässä muodossa ilmenevää sopeutumattomuutta.
- 40** Sopeutuu ajan kanssa vaikeisiin tilanteisiin, joskus havaittavissa, että asia ei tule hyväksytyksi ja se aiheuttaa kuormittumista.
- 30** Sopeutuu kohtalaisesti ja hyväksyy uudet tilanteet kohtuullisessa ajassa. Joissakin asioissa sopeutuminen kestää pidempään.
- 20** Sopeutuu lähes kaikkiin tilanteisiin hyvin, jotkut vaikeat olosuhteet saattavat tuottaa pieniä vaikeuksia, jotka menevät nopeasti ohi.
- 10** Sopeutumattomuutta on vaikea havaita, joskus voi pienen kireyden tai levottomuuden tulkita sopeutumattomuudeksi.
- 0** Sopeutumattomuutta ei ole havaittavissa koskaan. Osaa kannustaa toisiakin sopeutumaan tilanteisiinsa.

### Liite 3

# VANHUSTEN PSYKOSOSIAALINEN TOIMINTAKYKY

## KOONTILOMAKE

100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
LIIKKUMISKYKY										
ITSENSÄ ILMAISEMINEN										
PUHTAUDESTAHUOLEHTIMINEN										
KODINHOITO										
ASIOIDEN HOITAMINEN										
VUOROVAIKUTUSTAITOT										
TURVALLISUUDEN KOKEMINEN										
OMA-ALOITTEISUUS										
OSALLISUUS										
AGRESSIIVISUUS										
RAUHALLISUUS/JÄNNITTYYNEISYYS										
MIELIALA										
SEKAVUUS/HARHAISUUS										
SOPEUTUMISKYKY										
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

## HOITOAIKA JA TOIMINTAKYKYINDEKSI

<b>Henkilön nimi:</b>				
<b>Sos.turvatunnus:</b>				
<b>Lähiosoite:</b>				
<b>Postinumero:</b>				
<b>Puhelin:</b>				
<b>PISTETASO</b>	<b>Painoarvo</b>	<b>Pisteet</b>	<b>Laskennallinen kerroin</b>	<b>Indeksiluku</b>
Liikkumiskyky	10	0	10	100
Itsensä ilmaiseminen	10	0	10	100
Puhtaudesta huolehtiminen	6	0	10	60
Kodinhoito	6	0	10	60
Asioiden hoitaminen	4	0	10	40
Vuorovaikutustaidot	2	0	10	20
Turvallisuuden kokeminen	4	0	0	0
Oma-aloitteisuus	2	0	0	0
Osallistuminen	2	0	0	0
Agressiivisuus	4	0	0	0
Rauhallisuus/jännittyneisyys	2	0	0	0
Mieliala	2	0	10	20
Sekavuus/harhaisuus	4	0	0	0
Sopeutumiskyky	2	0	0	0
RAVA-indeksi	40	0	0	0
<b>PAINOARVOJEN SUMMA</b>	100		70	
<b>TOIMINTAKYKYINDEKSI</b>				<b>400</b>
<b>HOITOAIKA h/kk</b>				<b>0</b>
<b>Arviointipäivä</b>				
<b>Arvioijan allekirjoitus</b>				
<b>Asiakkaan allekirjoitus ja suostumus arviointiin</b>				
<b>Lomake 20.2.07/sj.PA</b>				
<b>uudistettu 18.11.09/vhjoht. M-LH</b>				

## RAVA-INDEKSI TAULUKKO

Pohjaluku		-0,184	
1. Näkö	Normaali		
	Heikko		
	Sokea		
2. Kuulo	Normaali		
	Alentunut		
	Kuuro		
3. Puhe	Normaali		
	Epäselvä	0,1211	
	Afasia	0,2422	
4. Liike	Normaali		
	Epävarma		
	Telinekävelijä		
	Itsenäinen pyörätuoli		
	Talutettava	0,24	
	Kaatuilu	0,24	
	Nostettava pyörätuoliin	0,5093	
	Vuodepotilas	0,5093	
5. Virtsa	Normaali	0,2899	
	Kastelu	0,5798	
	Katetri	0,5798	
6. Uloste	Normaali	0,1162	
	Alle	0,2324	
	Tuhriva	0,2324	
	Toimitettava	0,2324	
7. Syöminen	Itse		
	Autettava	0,2848	
	Letkuruokinta	0,2848	
	Syötettävä	0,3913	
8. Lääke	Itse		
	Autettava		
	Valvottava		
9. Pukeutuminen	Itse	0,5577	
	Autettava	1,1154	
10. Peseytyminen	Itse	0,2604	
	Autettava	0,5208	
11. Muisti	Normaali	0,13	
	Alentunut	0,26	
	Muistamaton	0,39	
12. Psyyke	Normaali		
	Masentunut	0,0459	
	Agressiivinen, sekava, häiritsevä, harhaileva, kontaktikyvytön	0,2319	

lomake 30.6.2006

Rava-indeksi

-0,184

## HOITOISUUSTAULUKKO

Liite 6

## HOITOISUUSTAULUKKO

Avohuollon															
maksu-%	12	20	25	30	35			Avohuollossa ja asumispalveluissa maksu-% max. 35 %.							
Laitoshoidon maksu %															
asumispalvelun maksu % (h/kk)							30	35	35	35	35	35	35	35	laitosh.maksu
h/kk	< 5	yli 5-15	yli 15-25	yli 25-40	yli 41-		yli 25- 40	60	70	80	90	110	120	130	>130
	Tukipalvelut		Avohuollon hoitoisuus				Asumispalveluiden hoitoisuus ja maksuluokat ostopalveluissa								
	< >	>	>	>	>	>	>	>							
Maksuluokat						1.	2		3.		4.	5.			6.
h/kk					<	< 40	50<70		70<90		90<110	110 - 130			>130
Hoitoisuus-															
Indeksi	<50	50<	100<	150<	200<	300<	400<600		600<700		700<800		800<900		>900
		100	150	200	300	400									
Ohjeellinen	Oma koti						palveluasunto		Hoivakoti		Hoitokoti				Laitushoito
hahmotelma	Normaali asuminen						Turvak.	Ryhmäkoti							
asumisesta						Valv.as.	Ohjattu as.		Tuettu as.		Autettu as.	tehostettu asuminen			Laitosas.
Hoitoa h/vrk	0,1	0,2	0,5	0,8	1,2	1,3	1,7		2,9		3,6		4,2		yli 4,3
Omaishoidon	Maksuk						1.		2.		3.		4		
tuesta	Euroa v. 2009						347,41		521,1		694,81		868,5		
							Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu								
							Palveluseteli siivoukseen								
Laadittu 28.7.2006/sj.PA							Muunnostaulukko hoitoisuusindeksistä asukkaan hoitotunneiksi.								
Päivitetty 18.11.2009/vhjoht.M-LH							Hoitoindeksi ja -tunnit arviointipohjana hahmoteltaessa oikeaa hoidonporrastusta ja								
							yksiköiden profilointia.								
							Hoitotunnit arviointipohjana tarvittavasta hoitohenkilöstön määrästä.								

\*Asumispalvelussa yli 90 h/kk:ssa hoitoisuudelle voidaan määritellä kiinteät maksuluokat 4 ja 5 tai määritellä %-maksu





## VANHUSTENHUOLLON PALVELUIDEN MITOITUS 2009–2012

Liite 7 2/4

[illegible]

[illegible]



## HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

KUNTALAN KUNTA

Vanhustenhuolto/Kotihoito

Nimi			Henkilötunnus
			Puhelin
Osoite			
Perhesuhde / Puolison tiedot avioliitto <input type="checkbox"/> avoliitto <input type="checkbox"/>	Nimi:		
	Henkilötunnus:		
Puhelin:			Avain:
Lähiomainen tai muu yhteyshenkilö, osoite ja puhelin koti ja työ:			
Edunvalvoja:			
Kotipalvelun hoitajat puh.			
Kotisairaanhoidon hoitajat puh.			
Hoito- ja palvelusuunnitelmasta vastaava henkilö			
Palvelun tavoitteet			

KOTI JA APUVÄLINEET										
		WC		Sauna		Ulkosauna		Keskuslämmitys		Vesijohto
Apuvälineet:		Silmälasit		Kuulolaite		Keppi		Dosetti		
		Rollaattori		Turvapuhelin		WC:n korotin		Muu laite, mikä		
		oma		oma		oma		oma		
		laina		laina		laina		laina		
Muuta:										

ETUUDET/KORVAUKSET									
	Asumistuki		Hoitotuki		Korotettu hoito- tuki		Erityishoitotuki		
	Sot.vet./		Ei		Kyllä				
	sotainvalidi		%						
<b>LASKUTUS:</b>									

PALVELUT JA KUKA HUOLEHTII			
Kauppa (tilinro):		Raha-asiat:	
Apteekki:		Laskut:	
Siivous:		Päiväkeskus:	
Vaatehuolto:		Kylvetys:	
Ulkoilu:		Turvapuhelin:	
hankinnat:			
Asiakas huolehtii itse:			
Omainen huolehtii:			
MIELIALA JA HYVINVOINTI			
Mieliala		Liikuntakyky	
Aktiivisuus		Tasapaino	
Muisti		Kuulo	
pidätyskyky		Näkö	
Mieltymykset:			
Lisätietoja:			

SAIRAUDET JA LÄÄKITYS			
Sairaudet:			
Lääkitys			
Jakaja:		Viikonpäivä:	
Säilytyspaikka:			
Allergiat ja ruokavalio:			

TUKIPALVELUT: alkaen pvm X				pvm X	
	Ateriapalvelu		Kylvetys		Asiointipalvelu
	Kuljetuspalvelu		Turvapuhelin		Henkilökuljetus
	Omaishoidontuki		Turvakäynti		Moduli
	ovihälytin		Muu palvelu		Muu palvelu

Alkaen \_\_\_\_\_

Päättyy \_\_\_\_\_

KOTIPALVELU							
	MA	TI	KE	TO	PE	LA	SU
aamu							
aamupäivä							
päivä							
iltapäivä							
ilta							
yö							

Kotipalvelun tehtävät


Alkaen \_\_\_\_\_

Päättyy \_\_\_\_\_

KOTISAIRAANHOITO							
	MA	TI	KE	TO	PE	LA	SU
aamu							
päivä							
iltapv							
ilta							

Kotisairanhoidon tehtävät:


Hoitoisuusindeksi \_\_\_\_\_

Suunnitelman laatimispäivä ja tekijät, allekirjoitukset

Annan luvan hoitoani ja palveluja koskevien tietojen käsittelyyn seuraavien yhteistyötahojen kanssa.


Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Suunnitelma tarkastettu, päiväykset ja allekirjoitukset \_\_\_\_\_


29.1.2010 M-L H  
Kuntalan kunta  
Perusturvalautakunta

Liite 8 4/5

**TULOTIEDUSTELU/ KOTIPALVELU/KOTISAIRAANHOITO**

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Nimi (puoliso) \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Tulotiedot (brutto)	Maksaja	Asiakkaan	Avio-/avopuolison
Kansaneläke			
Työeläkkeet			
Ansiotulo			
Hoitotuki			
Korkotulot			
Vuokratulo			
Metsätulot			
Muut tulot			

\_\_\_ Annan / annamme luvan tiedustella tulotiedot, joita emme ole ilmoittaneet tässä lomakkeessa.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi

Paikka ja aika

allekirjoitus



Liite 8 5/5

Kuntalan kunta  
Perusturvalautakunta

## SELVITYS PANKKITALLETUSTEN KOROISTA

ASIAKKAAN NIMI \_\_\_\_\_

HENKILÖTUNNUS \_\_\_\_\_

## VALTAKIRJA

Valtuutan rahalaitoksenne antamaan tiedot pankkitalletusteni koroista \_\_\_\_\_

sosiaalilautakunnalle.

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Todistajat

\_\_\_\_\_

**Talletusten bruttokorot vuodessa \_\_\_\_\_ €**

Kuntalan kunta  
Perusturvalautakunta

## ASUMISPALVELUN SISÄLTÖ

Liite 9 1/3

Liite hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja ostopalvelusopimukseen						
Asiakkaan nimi		Kuuluu palv.pak.	Ost. erikseen	Kertoi met Efeko		hinta/€
Osoite						
Vuokra	Yksiö €/m2					
Asiakas maksaa	Ryhmäasunto €/m2					
suoraan vuokran- antajalle	Lämmitys					
	Sähkö					
	Vesi					
	Sauna (käytettävissä)					
	Kalusteet					
	Muut kiinteistökulut					
Ylläpito	Ylläpitomaksu					
Ateriapalvelut	Aamupala paikalla			0,50		
	- puolivalmiina kuljetusastialla			0,33		
	- tarvikkeina			0,20		
	Puuroateria			0,33		
	Lounas leivällä +juomalla			1,00		
	ilman leipää +juomaa			0,95		
	Lounas puoliannos			0,80		
	Lounas kotiin astiavuoalla			1,20		
	Lounas kotiin ilman astiav..			1,00		
	Päivällinen			1,00		
	Iltavelli			0,50		
	Kahvi/tee			0,13		
	Kahvi +pulla			0,20		
	kahvi +voileipä			0,40		
	Väli-/iltapala paikalla			0,33		
	Väli-/iltapala erillisenä kotiin			0,40		
	Erik.ruokavalioann. paikalla			1,50		
	Erik.ruokavalioann. kotiin			2,00		
	Täyshoitoateria			3,00		
	Ateriapaketti/kk/puolihoito			2,00		
	Ateriapaketti/kk/täysihoito			30,00		
	Täyshoitoat. iltavellillä-päiv.			2,60		
	Ateriap./kk/täysih. iltav.-päiv.					
Vierasateriat	Lounas/Päivällinen					
	Kahvi +pulla					
	Kahvi +voileipä					
Kylvetyspalvelu	Kylvetys (kuuluu hoivaan)					
Saunotuspalvelu	Saunotus/1 kert/vko erillinen					
	Saunotus/2 kert./vko erillinen					
Henkilökohtainen	Hiusten ja kynsien					
hygieniapalvelu	laitto ym. hygieniahoido sekä					
	seuranta (kuuluu hoivaan)					

Liite hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja ostopalvelusopimukseen						
Asiakkaan nimi		Kuuluu palv.pak.	Ostettava erikseen	Kertoimet Efeko		hinta/€
Osoite						
Vaatehuolto-/	Lajittelu, pesu ja jälkihuolto					
pyykipalvelu	Koneen käyttöoikeus					
	Erityispesu muualla					
	Sänky- ja liinavaatteet					
<b>Ylläpito</b>						
Siivouspalvelu	Päivitt. siistim. Sis. hoivaan					
	Erillinen siivous väh. xh/vko					
Turvapalvelu	Turvapuhelin/oma/ranneke					
oma henkilökoht.	Turvapuhelin/yksikön					
	T-puh. asennus erikseen					
	Soittokello/-nappi					
	Ovihälytin					
	Palohälytin					
	Mattohälytin					
	Vuodehälytin					
	Turvakamera					
	Yöpartio					
	Yövalvonta					
	Turvakäynti/1 kerta/pv					
	Turvakäynti/2 kertaa/vko					
	Turvakäynti/1 kerta/vko					
Viriketoiminta	Päivittäinen kuuluu hoivaan					
	Erikseen järjestettävät tapaht.					
Päiväkeskustoim.	Erillisenä toim. x kerta/vko					
Ulkoilutus	Kuuluu hoivaan					
Liikuntapalvelu	Erillisenä toim. x pv/vko/kk					
Asiointipalvelu			x			
	(Muutos seuraavaan tark. !)					
Kuljetuspalvelu	Kuljetuskerrat erikseen					
Saattajapalvelu			x			
	Ambulanssimaksun omavast.					
Psykososiaalinen palvelu/Ystäväpalv.			x			
Muu ylläpitopalvelu	Sisältää siivous- ja pesuväli-					
	neet sekä -aineet, suojakäsi-					
	neet, pyyhepaperit, ruoka- ja					
	pesulaput ym. vastaavat					
	TV-luvat ja sanomalehdet					
	Virikemateriaalin					
<b>Hoiva</b>						
Kodinhoitoapu	Hoiva/hoitotyö hoitoisuus määri-					
	tellään hoitotuntien					
	määrän/kk:ssa perusteella					
	kuten avohuollossa					

## ASUMISPALVELUN SISÄLTÖ

Liite 9 3/3

Liite hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja ostopalvelusopimukseen						
Asiakkaan nimi		Hoitotunnit maksuprosenteille				
Osoite						
Hoitoisuusluokat		yli 5-15 h/kk	yli 15–25 h/kk	yli 25–40 h/kk	yli 40 h/kk	hinta/€
	Palvelutarve h/kk	20 %	25 %	30 %	35 %	
Saira- ja terveydenhoito						
Kotisairaanhoito	Määritellään kuin hoiva					
	- edellyttää sairaanhoidon					
	antamislupaa ja koulutuksen					
	saanutta henkilöstöä					
Hoitotarvikkeet	- vaipat	Tulevat kotisairaanhoidon kautta				
määrät/vko/kk	- avannevälineet					
tai tarp. mukaan	- diabetesvälineet					
	- veren sokerin mittausvälin.					
	- katetrit ja katetripussit					
	- nenä-mahaletkut					
	- haavanhoitotarvikkeita					
	- muita hoitotarvikkeita					
Lääkinnällinen	Neuvonta ja ohjaus					
kuntoutus	Fysioterapia					
käynnit/h/vko/kk	Toimintaterapia					
	Apuvälinepalvelut					
	Kuntoutusjaksot avohoidossa					
	Muut kuntoutuspalvelut					
Sairaala- tai muu	Asiakasmaksun osalta					
laitoshoito	enintään 30 vrk					
Tilapäinen	Tilapäinen asumispalvelu					
asuminen	Osittainen alle 12 h/vrk as.p.					
Asiakas vastaa henkilökohtaisista vaatteistaan sekä lääkekuluistaan, joihin asiakas saa						
sv-korvauksen.						
Laadittu 25.1.2007 sj/PA						
Uusittu 12.1.2010 MLH						

## VANHUSTENHUOLLON VASTUUALUEET

## Liite 10 1/2

Palvelusta vastaava	Toimija	Vastuualueet	Tehtävät/toimenkuvat
Sosiaalijohtaja	Sosiaalijohtaja	Sosiaalitoimi	Koko sosiaalitoimen vastuu, talouden ja toiminnan suunnittelu, seuranta ja raportointi.
Vanh. huollon joht.	Vanhustenh johtaja	Vanhustenh uolto	Vastuu talouden ja toiminnan suunnittelusta sekä seurannasta, ja raportoinnista hallinolin päätösten tekeminen, esimiestyö, yhteistoiminta muiden tahojen kanssa, huolehtiminen työyhteisön toiminnasta, erilaisten toimintasuunnitelmien laatiminen ja täytäntöön laittaminen
"	"	"	"
"	"	"	"
"	Ohjaaja	Työvuorolistat	Työvuorolistojen suunnittelu ja toteutus
"	Ohjaaja	Johtajan tehtävät	Johtajan sijaistaminen ja avustaminen hallinnollisissa tehtävissä
"	Ohjaaja	Esimiestyö	Työnjohdolliset tehtävät eri toiminta-alueilla
"	Ohjaaja/kuntoh.	Ennaltaehkäisy ja aktivointi	Ehkäisevät kotikäynnit, asiakkaiden ja hoitajien neuvonta ja ohjaus
"	Ohjaaja/kuntoh.	– harrastuspiirit/Liikuntapiirit	Palvelun piiriin ohjaaminen ja järjestöjen ja vapaaehtoisten toiminnan koordinaointi
"	Ohjaaja/fysioterap	– tapaturmien ennaltaehk.	Asiakkaan yksilöllinen neuvonta ja ohjaus, elinympäristön kartoitus
"	ohjaaja	– vertaistukitoiminta	Toiminnan koordinaointi ja -ohjaus
"	Terv. /sair. hoitaja	Sos.seurantapoli	Verenpaine- ja diabetesvastaanotto, asiakkaan neuvonta- ja ohjaus
"	Vh.joht/sosiaalityönt.	Geriatrinen sosiaalityö	Palvelutarpeen arviointi, asumiseen, talouteen, yksinäisyyteen ja päihteiden käyttöön liittyvät kysymykset, psykososiaalinen tuki
"	"	"	"
"	Vanhustenh. johtaja/ohjaaja	Ennaltaehkäisevät kotikäyn.	Asiakkaan elinolosuhteiden ja terveydentilan selvitys, neuvonta ja ohjaus
"	terv./sair.hoitaja tai	"	"
"	ohjaaja	"	"
"	Vanhustenh. joht.	Palveluohjaus	Vapaaehtoistyön, järjestöjen toiminnan, vertaistukitoiminnan ja muiden palvelujen koordinaointi, palveluista asiakkaille tiedottaminen ja toimijoille tiedottaminen sekä toimijoiden välisen vuoropuhelun luominen ja ylläpitäminen.
"	"	"	"
"	Vh. Joht./ohjaaja	Palveluohjaus	Yksittäisille asiakkaille saumattoman palveluketjun suunnittelu ja koordinaointi
"	Van. huol. joht.	Tukipalvelut	Palvelunpiiriin ottaminen ja päätöksenteko
"	ohjaaja	Tukipalvelut	Toimintakyvyn arviointi ja palvelujen järjestäminen, hoito- ja palvelusuunnitelman laat.
"	"	"	"
"	Ohjaaja	– psykosos./ystäväpalvelu	Ohjaa palvelun piiriin, jos toimintaa on vapaaehtois- tai järjestösektorilla,
"	Hoitajat/ohjaaja	– ulkoilutus- ja liikuntapalvelu	Kuluu säännölliseen hoivaan, muilta osin ohjaaja koordinoi eri toimijoiden palvelun saumattomasti palvelukokonaisuuteen kuuluvaksi
"	"	– asiointipalvelu	Ohjaaja koordinoi, hoitajat toteuttaa
"	Vh.joht.	– kuljetuspalvelu	Arviointi, päätöksenteko, täytäntöönpano
"	"	"	"

## VANHUSTENHUOLLON VASTUUALUEET

Liite 10 2/2

Palvelusta vastaava	Toimija	Vastuualueet	Tehtävät/toimenkuvat
"	Hoitajat	*- saattajapalvelu	toteutus yksilöllisesti
"	Ohjaaja	*- siivouspalvelu	Palvelun piiriin ohjaaminen ja palvelun järjestäminen
"	Vh.joht./ohjaaja	*- turvapalvelu	Palvelutarpeen arviointi, päätöksenteko, täytäntöönpano tai ohjaaminen palvelun piiriin
"	"	*- ateriapalvelu	"
"	"	*- pyykki- ja vaatehuoltopalv.	
"	"	*- kylvetyspalvelu	"
"	"	*- kiinteistöhuoltopalvelu	"
"	"	*- muut erityispalvelut	"
"	"	*- kampaamo- parturipalv.	"
"	"	*- hierontapalvelut	"
"	"	*- jalkahoitopalvelu	"
	Hoitajat	Tukipalvelut	Palvelujen käytännön toteutus
"	Vanh. huol. joht.	Päivä- ja toimintakeskukset	Palvelunpiiriin ottaminen ja päätöksenteko, toiminnan suunnittelu
"	Ohjaaja	Päivä-/toimintakeskukset	Toiminnan järjestäminen ja palvelukokonaisuuden koordinointi
"	Hoitaja	Päivä-/toimintakeskukset	Päiväkeskustoimintaan sisältyvien palvelujen toteutus
"	Vanhustenh. joht.	Omaishoidon tuki	Toimintakyvyn arviointi, palvelukokonaisuuden suunnittelu, päätösten ja sopim. Tekem.
"	Ohjaaja	"	Omaishoitoa tukevien palveluiden järjestäminen
"	Vanhustenh. joht.	Palvelusetelit	Suunnittelu, palvelut.arviointi, päätöksentekeminen ja ohjaaminen palvelun käytössä
"			
"	Vanhustenh. joht.	Hoiva- ja hoitotyö	Palvelujen ja palvelun piiriin pääsemisen kriteereiden suunnittelu, päätöksen tekeminen
"		"	seuranta, asiakas/omaistyö, hoidon suunnittelu
"	Ohjaaja	Hoiva- ja hoitotyö	Palvelukokonaisuuksien järjestäminen ja suunnittelu, tulotietojen kerääminen, hoidon
"		"	suunnittelu ja ohjaus
"	Hoitajat	"	Käytännön hoidon ja huolenpidon tehtävät
"	Vanhustenh. joht.	Palveluasum./ asumispalvelut	Palvelutarpeen arviointi, kriteereiden määrittely, palvelukokonaisuuksien suunnittelu ja
	Sairaanhoitaja	"	Sairaanhoidolliset tehtävät, lääkehoito, raportointi, neuvonta- ja ohjaus
"			valvonta, päätösten tekeminen , hoitotyön suunnittelu, terveydentilan seuranta
"			
Lääkäri/vanh.huol.johtaja	Terveydenhoitaja/sairaanhoitaja	Avohoidon sairaanhoito ja	Sairaanhoidolliset tehtävät, lääkehoidosta vastaaminen, hoitajien neuvonta ja ohjaus,
		lääkehuolto	asikkaiden terveydentilan seuranta, neuvonta ja ohjaus, käytännön toiminnasta vastuu
Laatinut 6.9.09 M-LH			

## AVOHOIDON PALVELUT

Liite 11 1/5

Toiminnot			
Yksityisen sektorin palvelut	Sisältö (määrittely tai kuvaus)	Prosessikuvaukset	Laatukriteerit
Ennaltaehkäisy ja aktivointi			
*- harrastuspiirit/Liikuntapiirit			
*- vap.ehtoistyö/Ystävätupa			
* - vanhustyöhön liittyvä ?			
*- järjestöjen toiminta			
* - vanhustyöhön liittyvä ?			
*- vertaistukitoiminta			
*- tapaturmien ennaltaehk.			
Srk:n vanhustyö			
*- kerhotoiminta			
*- diskoniatio			
<b>SOSIAALITOIMI</b>			
<b>Toiminnot</b>			
Ennaltaehkäisy ja aktivointi			
*- harrastuspiirit/Liikuntapiirit			
*- tapaturmien ennaltaehk.			
*- vertaistukitoiminta			
Sos.seurantapoli			
Ennaltaehkäisevät kotikäyn.			
Geriatrinen sosiaalityö			
Palveluohjaus			
Tukipalvelut			
*- psykosos./ystäväpalvelu	Henkilökohtainen		
	Ryhmäkohtainen		

## AVOHOIDON PALVELUT

Liite11 2/5

*- ulkoilutus- ja liikuntapalvelu	Henkilökohtainen		
	Ryhmäkohtainen		
*- asiointipalvelu	Lääke- ja kauppa- ym. asiointi		
*- kuljetuspalvelu	Henkilökuljetus		
	Ateriakuljetus		
	Muu kuljetus		
*- saattajapalvelu	Saattaja erikseen, ei taksikulj.		
*- siivouspalvelu	Erillinen normaali siivous		
	Erillinen suursiivous		
*- turvapalvelu	Turvapuhelin/oma		
	Turvapuhelin/kunnan		
	Laiteasennus		
	Soittokello/-nappi		
	Ovihälytin		
	Palohälytin		
	Mattohälytin		
	Vuodehälytin		
	Turvakamera		
	Yöpartio		
	Yövalvonta		
	Turvakäynti/1 kerta/pv		
	Turvakäynti/2 kertaa/vko		
	Turvakäynti/1 kerta/vko		
*- ateriapalvelu	Aamupala paikalla		
	- puolivalmiina kuljetusast.		
	- tarvikkeina		
	Puuroateria		
	Lounas leivällä+juomalla		



## AVOHOIDON PALVELUT

Liite11 3/5

	- ilman leipää+juomaa		
	Lounas puoliannos		
	Lounas kotiin astiavuoalla		
	Lounas kotiin ilman astiav.		
	Päivällinen		
	Iltavelli		
	Kahvi/tee		
	Kahvi+pulla		
	Kahvi+voileipä		
	Väli-/iltapala paikalla		
	Väli-/iltapala erillisenä kotiin		
	Erik.ruokavalioann. paikalla		
	Erik.ruokavalioann. kotiin		
	Täyshoitoateria		
	Ateriapaketti/kk/puolihoito		
	Ateriapaketti/kk/täysihoito		
	Täyshoitoateria iltavellillä-päiv.		
	Ateriap./kk/täysih. iltav. -päiv.		
*- pyykki- ja vaatehuoltopalv.	Lajittelu, pesu ja jälkihuolto		
	Erityispesu muualla		
	Liinavaatesetin vuokraus		
*- kylvetyspalvelu	Kylvetys kotona		
	Kylvetys muualla		
	Kylvetys ja saunotus kotona		
	Kylvetys ja saunotus muualla		
*- kiinteistöhuoltopalvelu	Lumenluonti, hiekoitus,		
	veden- ja halkojen kanto,		
	muut asum. tukevat pienet		
	kiinteistöhuolliset palvelut		

## AVOHOIDON PALVELUT

Liite11 4/5

*- muut tukipalvelut	Muut vastaavat, kotona asu-		
	mista suoraan tukevat tuki-		
	palvelut		
*- kampaamo- parturipalv.			
*- hierontapalvelut			
*- jalkahoitopalvelu			
Päivä-/toimintakeskukset	Ohjelma/hoiva+kahvi+pulla		
	Hoiva+lounas+kahvi+pulla		
	Osapv.hoito+aterioineen		
	Kokopv.hoito aterioineen ym.h.		
	Osapv.hoito+at.+kylvetys		
	Kokopv.hoito+at. + kylvetys		
	Vapaiden järjestäminen kotona		
	tai sovitusti, omaishoitoa tukeva		
	tilapäinen tai säännöllinen hoiva		
Palvelusetelit			
Kotipalvelu			
Kodinhoitoapu	Sosiaalihuollon koulutuksen		
	omaavan henkilöstön antama		
	hoiva, kodinhoidolliset tehtävät,		
	kylvetys,		
Vanhusten asunnot			
- normaalit			
- vammaismitoitettut			
Turvavaltut asunnot			

## AVOHOIDON PALVELUT

Liite11 5/5

Ryhmäkodit/Asuntolat			
Hoiva- ja kuntouskodit			
Hoitokodit			
Vanhusten perhehoito			
Sos.toimen laitoshoido			
Kuntoutus			
Kotisairaanhoido	Terveystenhuollon koulutuksen omaavan henkilöstön antama hoito		
	Hoitotarvikkeet		
	- vaipat		
	- avannevälineet		
	- diabetesvälineet		
	- veren sokerin mittausvälineet		
	- katetrit ja katetripussit		
	- nenä-mahaletkut		
	- haavanhoitotarvikkeita		
	- muita hoitotarvikkeita		
Päivä/Yöhoito			
Vuodeosastohoido			
M-LH 6.9.2009			